

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Direktor: Professor Dr. Langen

Ist die Ileitis Terminalis eine psychosomatische
Krankheit?
(Kasuistik im Rahmen einer Nachuntersuchung)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen
Fakultät der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von
Roland Jost
aus Lorsch

Mainz 1968

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Direktor: Professor Dr. Langen

IST DIE ILEITIS TERMINALIS EINE PSYCHOSOMATISCHE
KRANKHEIT?

(Kasuistik im Rahmen einer Nachuntersuchung)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen
Fakultät der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von
Roland Jost
aus Lorsch
Mainz 1968

Dekan: Prof. Dr. Dr. Thews

Referent: Prof. Dr. D. Langen



1. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	1
2. Die Entwicklung des Kindes	2
3. Die Rolle der Eltern	3
4. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	4
5. Die Entwicklung des Kindes	5
6. Die Rolle der Eltern	6
7. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	7
8. Die Entwicklung des Kindes	8
9. Die Rolle der Eltern	9
10. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	10

Meinen Eltern gewidmet

11. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	11
12. Die Entwicklung des Kindes	12
13. Die Rolle der Eltern	13
14. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	14
15. Die Entwicklung des Kindes	15
16. Die Rolle der Eltern	16
17. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	17
18. Die Entwicklung des Kindes	18
19. Die Rolle der Eltern	19
20. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	20
21. Die Entwicklung des Kindes	21
22. Die Rolle der Eltern	22
23. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	23
24. Die Entwicklung des Kindes	24
25. Die Rolle der Eltern	25
26. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	26
27. Die Entwicklung des Kindes	27
28. Die Rolle der Eltern	28
29. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	29
30. Die Entwicklung des Kindes	30
31. Die Rolle der Eltern	31
32. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	32
33. Die Entwicklung des Kindes	33
34. Die Rolle der Eltern	34
35. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	35
36. Die Entwicklung des Kindes	36
37. Die Rolle der Eltern	37
38. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	38
39. Die Entwicklung des Kindes	39
40. Die Rolle der Eltern	40
41. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	41
42. Die Entwicklung des Kindes	42
43. Die Rolle der Eltern	43
44. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	44
45. Die Entwicklung des Kindes	45
46. Die Rolle der Eltern	46
47. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	47
48. Die Entwicklung des Kindes	48
49. Die Rolle der Eltern	49
50. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	50
51. Die Entwicklung des Kindes	51
52. Die Rolle der Eltern	52
53. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	53
54. Die Entwicklung des Kindes	54
55. Die Rolle der Eltern	55
56. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	56
57. Die Entwicklung des Kindes	57
58. Die Rolle der Eltern	58
59. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	59
60. Die Entwicklung des Kindes	60
61. Die Rolle der Eltern	61
62. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	62
63. Die Entwicklung des Kindes	63
64. Die Rolle der Eltern	64
65. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	65
66. Die Entwicklung des Kindes	66
67. Die Rolle der Eltern	67
68. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	68
69. Die Entwicklung des Kindes	69
70. Die Rolle der Eltern	70
71. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	71
72. Die Entwicklung des Kindes	72
73. Die Rolle der Eltern	73
74. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	74
75. Die Entwicklung des Kindes	75
76. Die Rolle der Eltern	76
77. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	77
78. Die Entwicklung des Kindes	78
79. Die Rolle der Eltern	79
80. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	80
81. Die Entwicklung des Kindes	81
82. Die Rolle der Eltern	82
83. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	83
84. Die Entwicklung des Kindes	84
85. Die Rolle der Eltern	85
86. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	86
87. Die Entwicklung des Kindes	87
88. Die Rolle der Eltern	88
89. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	89
90. Die Entwicklung des Kindes	90
91. Die Rolle der Eltern	91
92. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	92
93. Die Entwicklung des Kindes	93
94. Die Rolle der Eltern	94
95. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	95
96. Die Entwicklung des Kindes	96
97. Die Rolle der Eltern	97
98. Die Bedeutung der Eltern für das Kind	98
99. Die Entwicklung des Kindes	99
100. Die Rolle der Eltern	100



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung und Literaturübersicht	
Geschichtlicher Überblick und Terminologie	1
Ätiologie	2
Pathologie und pathologische Histologie	7
Pathogenese	9
Klinik und Diagnostik	11
Differentialdiagnose	14
Therapie	15
II. Problemstellung	
Zweck der Untersuchung und Überblick der Psychosomatik	17
III. Eigene Untersuchungen	
Die Fälle (Nr. 1 - 15)	23
IV. Diskussion der Fälle	
1. Vegetative Labilität	64
2. Sensorische Eintrittspforten	65
3. Biographische Aspekte	68
4. Persönlichkeitsspezifität	71
5. Beziehung zur Spondylarthritidis ankylopoetica	74
Zusammenfassung	75
Literaturverzeichnis	78

Die Ileitis terminalis ist eine exsudativ bis proliferativ, schließlich stenotisch verlaufende Entzündung, die hauptsächlich jüngere Erwachsene betrifft und durch eine subakute oder chronische Verlaufsform charakterisiert ist.

G e s c h i c h t l i c h e r Ü b e r b l i c k

und

T e r m i n o l o g i e

Mit ihrer grundlegenden Arbeit vom Jahre 1932 fassten CROHN, GINZBURG und OPPENHEIMER das Krankheitsbild der Ileitis terminalis zum ersten Mal in einem engeren Rahmen zusammen. Schon im Jahre 1806 beschrieb SAUNDERS einen Fall mit Stenosierung und Wandverdickung des Ileums. 1813 veröffentlichten diese Beschreibung COMBE und SAUNDERS. Nach 1900 tauchten dann häufiger Berichte auf, so von WILMANNS, BRAUN, NEUMANN und DALZIEL. Nach KINZLER erfasste der Russe LORIN-EBSTEIN die regionale Ileitis zum ersten Mal als selbstständiges Krankheitsbild. Im deutschen Sprachraum machten FISCHER und LÜRMANN 1933 auf dem Deutschen Chirurgenkongress auf die Krankheit aufmerksam.

Der Name der CROHN'schen Krankheit ("CROHN's disease"), wie sie nach dem amerikanischen Erstbeschreiber auch genannt wird, machte seit ihrer Entdeckung einen weitreichenden Wandel durch. 1934 benannten sie BROWN, BARGEN und WEBER "Enteritis regionalis". In Deutschland wurde die Bezeichnung "Ileitis terminalis" von dem Holländer DEELMANN übernommen (1935). HARRIS, BELL und BRUNN führten dann den Ausdruck "chronic cicatrizing enteritis" ein. Als Synonymata gelten weiterhin: "Segmental enteritis", "Enteritis ulzerosa chronica", "Enteritis chronica stenosans localisata", "Jejunioileitis", und "Ileitis ulzerosa chronica".

Ätiologie der Erkrankung

Die Ätiologie der regionalen Enteritis ist auch noch heute, 35 Jahre nach der Erstbeschreibung durch CROHN, weitgehend ungeklärt. Es gibt eine Fülle von Vermutungen und Annahmen, die hier kurz wiedergegeben werden sollen.

Viele Forscher dachten an eine Infektion als Ursache der Erkrankung und suchten nach einem unspezifischen Erreger. ERB und FARMER entdeckten in dem resezierten Darm gram-negative Bakterien, die zu den kokkiformen Keimen gehören sollen. MIXTER fand bei einem Fall einen anaeroben Streptococcus. PETERS isolierte aus tieferen Gewebsschichten den Enterococcus, von FISCHER und LÜRMANN wurden ebenfalls Enterococci festgestellt. HALLIGAN und HALLIGAN fanden den Aerobacter aerogenes. Der Streptococcus viridans wurde von MAILER in zwei Fällen nachgewiesen.

Das Mycobacterium paratuberculosis JOHNEI, das die JOHN'sche Krankheit des Rindes hervorruft, wurde von DALZIEL in Betracht gezogen. Diese Rinderkrankheit hat seiner Meinung nach große Ähnlichkeit mit der regionalen Enteritis. WILLIAMS konnte jedoch in seinen Versuchen deutlich nachweisen, daß keinerlei Zusammenhänge zwischen der menschlichen Ileitis und der JOHN'schen Erkrankung des Rindes bestehen.

FELSEN glaubte in zahlreichen Fällen während einer Dysenterieepidemie die Shigella dysenteriae für die distale Ileitis, chronische Colitis ulcerosa und unspezifische Granulomata verantwortlich machen zu können. CROHN (1949) befürwortet eine Dysenteriegenese nicht. Innerhalb von 18 Jahren hat er bei seinen zahlreichen Fällen nur zwei mit positiven Dysenterietiter bzw. Dysenteriekultur gesehen.

Die Frage der Virusgenese der Ileitis regionalis ist nach wie vor aktuell. STAFFORD beobachtete schon, daß vom Lymphogranuloma inguinale ein Übergreifen auf den Dickdarm möglich ist. RODANICHE, KIRSNER und PALMER sahen eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen Lymphogranuloma inguinale und regionaler Enteritis. Den Beweis lieferten sie jedoch nicht. Die FREI'sche Intracutanreaktion, die ein wichtiger diagnostischer Schritt bei der Erkennung des Lymphogranuloma inguinale darstellt, blieb bei Patienten mit Ileitis regionalis stets negativ (KIRSNER und Mitarb., CROHN). CROHN schließt die Möglichkeit einer virusgenese nicht aus (1932), aufgrund

Fehlens eines bakteriellen Erregers und der Recidivhäufigkeit nach Resektion.

An die allergische Entstehung der Ileitis regionalis dachte TALLROTH. Er beschrieb zwei Fälle von "Ileitis allergica". In seinen histologischen Schnitten beobachtete er ein vermehrtes Auftreten von Eosinophilen und allergische Gefäßschäden. Die Darmveränderungen betrachtete er als Folgen einer anaphylaktischen Reaktion im Sinne eines Arthus-Phänomens.

ROWE, ROWE und UYEYAMA vermuten eine Allergie zu Nahrungsmitteln und Pollen wie bei der Colitis ulcerosa. Bei einem Patienten mit Enteritis regionalis fanden sie eine Milchallergie, bei zwei weiteren Patienten eine wahrscheinliche Pollenallergie.

Für die Entstehung der Erkrankung nach einem Trauma setzen sich REICHERT und MATHES ein. Sie sahen bei einem Patienten, der zwei Wochen nach einem Unfall operiert wurde, im distalen Abschnitt des Ileum granulomatöse Veränderungen.

CROHN (1949) berichtet von sechs eigenen Fällen nach äußerem Bauchtrauma.

KÜMMERLE glaubt, daß es sich bei den nach stumpfem Bauchtrauma auftretenden Darmveränderungen wahrscheinlich um inkomplette Rupturen der Darmwand oder um Mesenterialverletzungen handelt. Bekanntlich kann es dann zu Darmwandnekrosen und zu Dünndarmstenosen kommen. Er hält es für möglich, daß durch eine zusätzliche bakterielle Infektion sich ein der Ileitis regionalis ähnliches Krankheitsbild entwickelt.

HENNING und DEMLING glauben, daß mikroskopisch kleine Fremdkörper, die eine piezoelektrische Eigenschaft besitzen, resorbiert werden und so zu einer Zellproliferation und einem Lymphgefäßverschluß führen. Das Cholesterin wäre ein solcher körpereigener Stoff mit piezoelektrischer Eigenschaft. Die bakterielle Einwanderung wäre dann ein sekundärer Vorgang. Die Untersuchungen von CHESS und Mitarbeiter sind hier zu nennen. Sie fütterten Hunde und Ratten mit feinem Sand und Talkumpuder (Silikate). Es entwickelte sich nach 3 - 4 Wochen eine Ileitis regionalis. CHESS und Mitarbeiter sind der Auffassung, daß die Lymphgefäße des Darms genau so leicht Silikate aufnehmen, wie die Lymphgefäße der Lunge. Da das Quarz wegen seiner unregelmäßigen Kristallanordnung piezoelektrisch wirksam ist, kommt ihm der auslösende Reiz für die Zellproliferationen zu.

LICHTMANN wirft die Frage auf, ob vielleicht das Talkum, das man zum Pudern der Operationshandschuhe verwendet, für die proliferativen Reaktionen verantwortlich ist (auch bei Patienten ohne vorherige Operation).

Seit das tuberkelähnliche Granulom ein typischer, wenn auch nicht pathologischer Befund der Krankheit ist, ist es verständlich, daß man an den Tuberkelbazillus als Erreger dachte (CROHN). Verschiedene Autoren stellen das gleichzeitige Vorkommen einer Mesenterialdrüsentuberkulose und einer Ileitis fest (FRAZER und HAGAR).

CROHN lehnt aufgrund seiner eigenen Untersuchungsergebnisse eine tuberkulöse Ätiologie ab. Er überimpfte aus erkranktem Ileum und Mesenteriallymphknotengewebe auf Meerschweinchen und Kaninchen. Bei den Tieren konnte er keinen spezifischen Erreger nachweisen.

Seitdem man die Tuberkulose als ätiologischen Faktor ausgeschlossen hatte, befaßte man sich für lange Zeit mit der Sarkoidose. Diese Auffassung vertrat man wegen der großen histologischen Ähnlichkeit des BOECK'schen Sarkoids mit der Ileitis regionalis.

HADFIELD hielt die Ileitis regionalis einfach für eine Form der Sarkoidose. CROHN und JANOWITZ (1954) stimmen dieser Vermutung nicht zu. Sie weisen darauf hin, daß Patienten mit einer Sarkoidose ganz selten einen Dünndarmbefall haben, daß Patienten mit Ileitis regionalis niemals periphere oder viscerale granulomatöse Veränderungen aufweisen.

DAVIS, DOCKERTY und MAYO (1955) beobachteten bei 24 Fällen neurohistologische Veränderungen. Sie stellten fest, daß bei 24 Patienten mit regionaler Enteritis die Anzahl der Ganglienzellen des Plexus myentericus verdreifacht ist gegenüber Nichterkrankten.

Mit der Fortdauer der Krankheit ließ sich ein vermehrter Anstieg der Ganglienzellen nachweisen. Ähnliche neurohistologische Befunde wurden von ORF für die Colitis ulcerosa gefunden.

Viele Forscher glauben, daß die eigentümliche Anatomie des terminalen Ileums mit seinem Mesenterium und seine Blutversorgung zur Entwicklung einer chronischen granulomatösen Entzündung in diesem Gebiet prädisponieren.

GINZBURG und OPPENHEIMER weisen auf die verminderte Durchblutung hin, die ihrerseits zu nekrotisierenden Ulzerationen der Mucosa und sekundären hyperplastischen granulomatösen Veränderungen führen kann. Diese Autoren

denken an eine primäre Störung des Gefäßmechanismus. Sie betonen aber mit Nachdruck, daß in den Endstadien der Krankheit eine Unterscheidung zwischen einer vasculären und einer infektiösen Störung unmöglich ist. Nach BATSON (BOCKUS) ist der Endzweig der Arteria ileocolica, der das terminale Ileum versorgt, von einer beträchtlichen Rotation befallen. Er hält es für möglich, daß durch eine vermehrte Mobilität des terminalen Ileums der Endabschnitt dieser Arterie auf's äußerste gezerzt und gedreht wird und dadurch eine ausreichende Blutversorgung nicht mehr gewährleistet sein kann.

Auch an eine primäre Erkrankung der Appendix mit nachfolgender regionaler Enteritis hat man gedacht. BOCKUS befürwortet diese Annahme wegen der Jugend der meisten Patienten und wegen einer häufig vorausgegangenen Appendektomie. Er glaubt, daß von der Appendix ausgehend, eine Lymphangitis und eine umgebende Entzündung auf das terminale Ileum übergreifen oder eine Infizierung der Blutversorgung erfolgen könnten. ERB und FARMER (1935), wie auch POWERS (1936) halten eine Verbindung zwischen regionaler Enteritis und Appendicitis für wahrscheinlich.

CROHN dagegen mißt der Appendicitis als ätiologischem Faktor keine Bedeutung bei. Bei der Hälfte seiner Patienten sei vorher eine Appendektomie vorgenommen worden, bevor die endgültige Resektion durchgeführt worden sei. Die Fälle, die nicht appendektomiert worden seien, hätten keine typischen granulomatösen Veränderungen der Mucosa der Appendix gezeigt. Er nimmt deshalb an, daß die Krankheit an der Ileumseite der Valvula Bauhini aufhöre. Doch neuerdings haben GLOTZER, STONE und PATTERSON festgestellt, daß bei der Ileitis terminalis auch das Colon mitbefallen sein kann. Diese Form der Entzündung des Colons nennen sie Colitis granulomatosa. Sie ist charakterisiert durch eine chronische, oft segmental begrenzte, das Rectum aussparende Entzündung mit Diarrhoe, durch eine Neigung zu Fistelbildung und eine perirectale oder perianale Beteiligung. Die Bevorzugung vornehmlich des ascendierenden Colons, die Bildung von Strikturen, Ulcera und Fissuren, die nicht verkäsenden Granulome und die Miterkrankung des Ileums gelten als röntgenologische und pathologische Zeichen. Zum Unterschied von der Colitis ulcerosa, die als Hyposensibilitätserkrankung betrachtet wird, besteht bei der Colitis granulomatosa eine Hyposensibilität mit Lymphopenie.

Nach CROHN (19, 49) befällt die Ileitis terminalis vorwiegend das männliche Geschlecht und zwar in einem Verhältnis von 2:1. MONK, MENDELOFF, SIBGEL beobachteten dagegen bei ihren Untersuchungen ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten über das der männlichen.

Einigen Autoren fiel das besondere psychische Verhalten der Ileitiskranken auf. Das Persönlichkeitsprofil dieser Patienten ist nach CROHN (49) viel einheitlicher als das eines Patienten mit Colitis ulcerosa. Seiner Meinung nach stellt aber der emotionale Stress keinen Hauptfaktor bei der akuten Form der Ileitis regionalis dar. Er glaubt, daß die Ileitiskranken sich nicht wesentlich von einer Kontrollgruppe der Bevölkerung abzeichnen.

CROCKET untersuchte (1952) in wieweit eine Verbindung zwischen emotionalem Stress und Enteritis regionalis besteht. Seine Aussage lautet, daß bei seinen Patienten in einem Verhältnis von 1:3 subjektiv eine Beziehung zwischen ihrer Darmsymptomatik und seelischen Schock bestand. Übereinstimmend mit CROHN räumt er der psychischen Situation keine ätiologische Bedeutung ein, obwohl er allerdings zugibt, daß der emotionale Zustand den Verlauf der Krankheit weitgehend beeinflussen kann.

BOCKUS (1945) beobachtete bei seinem Patientengut fast keine ruhigen, phlegmatischen Personen, sondern sensitive, ziemlich reizbare, von emotionaler Unreife und Angst gekennzeichnete Menschen.

GRACE (1953) sah in vier Fällen den Beginn und die Exacerbation der Darmsymptomatik zeitlich korreliert mit den Perioden von "life-stress". BLACKBURN, HADFIELD und HUNT (1949) äußerten sich ähnlich.

PAULLEY (1948/49) beobachtete bei elf Fällen von regionaler Enteritis die gleichen Persönlichkeitszüge wie bei 99 von 100 Colitis ulcerosa-Patienten. Diese bestanden in vollkommener Abhängigkeit, emotionaler Unreife, völligen Fehlens von Aggression, tiefem Narzismus und ausgeprägter Empfindsamkeit.

VAN PATTER, BARGEN und DOCKERTY (1954) fanden bei 600 Ileitis regionalis-Kranken 50 Fälle von Lebensangst und psychischem Schock.

Pathologie und pathologische

Histologie

Die Entzündung betrifft in erster Linie die distalen 40 bis 60 cm des Ileums (CROHN, GINZBURG, OPPENHEIMER).

Spätere Autoren berichten jedoch, daß die Enteritis regionalis in allen anderen Bezirken des Dünndarms vorkommen kann. HARRIS, BELL und BRUNN sahen bei einem Ileitispatienten nicht nur einen Befall des Ileums, sondern auch des Jejunums. Das Gleiche beobachtete CROHN 1954. Er wies daraufhin, daß die typischen granulomatösen Veränderungen in's Duodenum aufsteigen könnten, in ganz seltenen Fällen sogar bis in den Magen.

ARMITAGE und WILSON fanden bei ihren Patienten in 38 % das Colon miterkrankt.

In seltenen Fällen kommt es bei der Enteritis regionalis auch zu einer Mitbeteiligung der Leber, wie das neuerdings von MAURER, HUGHES und FOLLEY festgestellt wurde. Sie beobachteten bei Patienten mit einer chronischen und strengen Verlaufsform der Ileitis terminalis ein gleichzeitiges Auftreten von Lebergranulomen mit Veränderungen sowohl im Parenchym als auch in den portalen Feldern. Klinisch fand sich in der Hälfte der Fälle eine mässige Erhöhung der alkalischen Phosphatase und eine persistierende Hyperbilirubinämie. Die Autoren sind der Ansicht, daß als Ursache dieser Lebergranulome die Ileitis terminalis in Frage kommt, da sich nach Resektion des erkrankten terminalen Ileums die granulomatösen Veränderungen in der Leber vollständig zurückbilden.

In dem voll entwickelten Zustand sind alle Schichten der distalen 40 bis 60 cm der Ileumwand entzündlich verändert (KÜMMERLE). Die Serosa ist klecksig rot verfärbt, das Mesenterium des betroffenen Abschnittes ist verdickt, gerötet und fibrotisch umgewandelt (BOCKUS). Die Darmwand ist ödematös, brüchig und spröde und von grauer bis purpurroter Farbe. Die regionären Lymphknoten sind ebenfalls von der Entzündung mitbefallen. Sie sind vergrößert, an Zahl vermehrt und von blaßroter Farbe. Auf der geschwellenen und geröteten Schleimhaut finden sich einzelne Ulcerationen, die auf der Seite des Mesenterialansatzes liegen. Sind erst einmal Geschwüre entstanden, so kommt es schnell zur Besiedlung dieser

mit Darmbakterien. Durch all diese Veränderungen wird der betroffene Darmabschnitt walzenförmig und starr (OSWALD). CROHN vergleicht solche Verformungen mit einem "Gartenschlauch". DALZIEL spricht von einem "totenstarren Aal".

Gesunde Schleimhautbezirke im erkrankten Bereich (skip-areas) finden sich ebenso wie Inseln von erkranktem Gewebe im gesunden Darm (skip-lesions) (WARREN und SOMMERS). Die chronische Entzündung führt schließlich zu einer auffallenden Stenose des Lumens mit Abscessbildung, Perforationen und Fistelbildungen (BOCKUS). Der Übergang vom gesunden zum erkrankten Darmabschnitt ist meistens scharf begrenzt und oberflächlich deutlich demarkiert.

Die histologischen Veränderungen sind genauso wie der makroskopische Befund für die Diagnostik der Ileitis terminalis unentbehrlich (HENNING u. DEMLING).

Alle Wandschichten sind im akuten Stadium stark mit Lymphozyten, Granulozyten, Histozyten, eosinophilen Zellen und Plasmazellen durchsetzt. Die Schleimhaut und die Tunica submucosa sind in diesem Stadium erheblich verdickt. Lymph- und Blutgefäße sind deutlich erweitert. Neben der zellulären Infiltration kommt es jetzt zu der typischen Bildung von epitheloidzelligen Granulomen mit Riesenzellen, besonders in der Nachbarschaft der Lymphgefäße (KÜMMERLE). In einem chronischen Stadium beobachtet man eine ausgedehnte Fibrosierung, die Entwicklung intramuraler Abscesse und die Bildung von Fisteln. Gewöhnlich entsteht die Fistel durch Verwachsung des Colons mit der Stelle der drohenden Perforation. Eine langsam sich abbahnende Perforation wird abgefangen und ummauert. Zwischen diesen beiden Eingeweideteilen bleibt jedoch eine Fistel zurück (CROHN). Zur Perforation kommt es in den seltensten Fällen. HENNING und DEMLING unterscheiden drei Arten von Fisteln: Äußere Fisteln (vom Ileum zur vorderen Bauchwand), innere Fisteln (zwischen Ileum und den verbackenen Hohlorganen) und rektale Fisteln (entweder in Zusammenhang mit dem Ileum oder nicht).

Pathogenese

Bei fast allen Fällen ist das untere Ileum Sitz der Erkrankung. Diese Tatsache läßt daran denken, daß der Anatomie und der Funktion dieses Darmabschnittes eine zentrale Bedeutung bezumessen ist. Nach CROHN spielt die physiologisch zunehmende Verengung des Darmlumens eine Hauptrolle bei der Entstehung der Ileitis terminalis. Diese Einengung bewirke eine Verlangsamung der Chymuspassage, verbunden mit einer vermehrten mechanischen Belastung der unteren Ileumwand. HENNING und DEMLING sehen in dieser relativen Stauung des Speisebreies und in der Vielzahl der Lymphgefäße in diesem Darmbereich eine Begünstigung bei der Entstehung einer Entzündung. SELL nimmt an, daß es in einem primären Stadium zu einer pathologisch erhöhten Permeabilität der Mucosa mit anschließender Durchwanderung durch das noch nicht bekannte Agens kommt. Nach KRAUSPE folgt dann eine entzündliche Kreislaufstörung im Blut- und Lymphgefäßsystem. Diese gestörten Zirkulationsverhältnisse bewirken eine ödematöse Aufquellung der Darmwand, weiterhin sind sie für die Veränderungen am Mesenterium verantwortlich (SELL).

Dem Lymphgefäßsystem als Ort der primären histologischen Läsion wird in jüngster Zeit erhebliche Bedeutung beigemessen (BOCKUS). HADFIELD konnte zeigen, daß die Submucosa durch eine lymphoide Hyperplasie eine Verdickung aufweist, noch ehe eine celluläre Infiltration des Gewebes erfolgt. Es ist ein bekanntes Phänomen, daß das lymphatische Gewebe in körperferner Richtung zunimmt, so daß man es im distalen Ileum vermehrt antrifft (OSWALD). BARGEN und Mitarbeiter wiesen aufgrund ihrer Untersuchungen darauf hin, daß die Ileocoecalclappe die anatomische Grenze zwischen dem Lymphgefäßsystem des Ileums und des Coecums darstellt. Eine Erkrankung des terminalen Ileums und der Appendix werde oft durch das vollkommen gesunde Coecum getrennt. CHESS und Mitarbeiter erhielten durch eine Verfütterung piezoelektrisch wirksamer Substanzen (Sand, Talkum) an Hunde eine Blockade der Lymphgefäße. Auch HENNING und DEMLING messen dem Verschuß der Lymphgefäße mit dem nachfolgenden Ödem einen pathogenetischen Effekt bei. Ihrer Meinung nach sind diese Veränderungen als primäre Störung und nicht als sekundäre Infektion aufzufassen. WARREN und SOMMERS bezeichnen die Ileitis terminalis als Lymphangitis granulomatosa progressiva. Im gleichen Sinne wie die vorher genannten Autoren äußern sich CROHN (1932) und VAN PATTER.

OSWALD mißt der Insuffizienz der Ileocecalklappe, die zu den Röntgenbefunden der Ileitis terminalis gehört, eine wesentliche pathogenetische Bedeutung bei. Seiner Meinung nach kommt es zum Übergreifen der pathogenen Keime des Colons in das terminale Ileum und damit zur Entstehung einer Entzündung. Doch kommt es auch, wie früher berichtet, im umgekehrten Sinne, vom Ileum ausgehend, zu einem Mitbefall des Colons, zur Colitis granulomatosa (MONK, MENDELOFF, SIEGEL).

In der pathogenetischen Betrachtungsweise dachte man auch an die Appendix. ERB und FARMER glauben, daß die Ileitis terminalis mit einer primären Erkrankung der Appendix beginnt. Von dieser ausgehend, kommt es nach LÄWEN zu einem Übergreifen per continuitatem auf das terminale Ileum und nach FISCHER zu einem Befall der Lymphwege. Allerdings läßt sich dieser Auffassung entgegen halten, daß die Appendix in den meisten Fällen frei von irgendwelchen pathologischen Veränderungen ist. CROHN wies sogar nach, daß in 25 % der Ileitisfälle eine Appendektomie vorher durchgeführt wurde (1932).

Nervöse und psychische Beschwerden finden sich bei einer Anzahl von Patienten. Mit der Diagnose "nervös bedingte Diarrhoe" oder als "Nahrungsmittelvergiftung" werden viele Fälle abgetan (HENNING und DEMLING). CROHN (1954, 1958) spricht sich eindeutig gegen die Auffassung aus, daß die Ileitis terminalis eine psychosomatisch bedingte oder mitbedingte Krankheit ist. CROCKET äußert sich in ähnlicher Weise. GRACE sieht bei seinen Untersuchungen eine Beziehung zwischen "emotional stress" und Enteritis regionalis.

Klinik und Diagnostik der Enteritis regionalis

Nach dem Krankheitsverlauf unterscheiden CROHN, GINZBURG und OPPENHEIMER vier verschiedene Stadien.

- 1) Das akute oder pseudoappendizitische Stadium mit peritonealen Reizerscheinungen.
- 2) Das Stadium der ulcerativen Enteritis.
- 3) Das Stadium chronischer Stenosierung.
- 4) Das Stadium der Fistelbildung.

Weiterhin unterteilt man die Enteritis regionalis in eine akute und chronische Form. Die akute Form kann das Primärstadium der chronischen sein (CROHN, KÜMMERLE).

Die akute Ileitis regionalis

CROHN (1932) spricht von drei akuten Formen dieser Krankheit. Die pseudo-appendizitische Form beginnt akut und ähnelt in ihrem klinischen Bild der Appendizitis. Es kommt plötzlich zu krampfartigen Schmerzen im rechten unteren Abdomen, verbunden mit Temperatursteigerung und Erhöhung der Leukozytenzahl. Brechreiz und Erbrechen kommen vor, sind aber selten. Durchfälle treten häufig auf. Sie sind ein typisches Merkmal. In vielen Fällen wird am Mc.Burney'schen Punkt ein Druckschmerz angegeben, der eventuell als Tumor palpabel ist. In diesem pseudoappendizitischen Stadium wird nicht selten unter dem Verdacht einer Appendizitis die Bauchhöhle eröffnet. Das distale Ileum zeigt dann den typischen makroskopischen Befund einer Ileitis terminalis, während die Appendix fast keine Veränderungen aufweist. Bei 25 % der Ileitispatienten war eine Appendektomie bereits vorher durchgeführt worden (CROHN).

Die peritoneale Form des akuten Stadiums ist weitaus seltener, aber in ihrem Verlauf schwerwiegender als die pseudo-appendizitische Form (DETRIE 1958). Sie ist die Folge einer Perforation und dementsprechend durch peritoneale Reizerscheinungen wie stichartige Schmerzen, Bauchdeckenspannung, Temperatursteigerung, Meteorismus, Zwerchfellhochstand und schließlich abdominellen Schock charakterisiert.

Die okklusive Form des akuten Stadiums ist gekennzeichnet durch das Bild des mechanischen Darmverschlusses. Zusätzlich finden sich die Symptome der Entzündung.

Die chronische Ileitis regionalis

Die Patienten, die man mit der Diagnose Ileitis regionalis zu Gesicht bekommt, leiden meist an einer chronischen Form. Diese kann entweder aus der akuten hervorgehen, oder sich primär chronisch entwickeln. Bei ausführlicher Befragung findet man heraus, daß die ersten Symptome oft Monate, ja sogar Jahre zurückliegen. Die Dauer vom Beginn der Symptomatik bis zur Diagnosestellung beträgt nach CROHN zwischen einigen Wochen und 20 Jahren. Bei der chronischen Form unterscheidet CROHN drei Unterformen.

Während der enteritischen-ulcerativen Form klagen die Patienten über periumbilikale oder tiefere krampfartige abdominale Schmerzen. Diarrhoe ist ein konstantes Symptom. Im Stuhl findet sich Eiter, Schleim und sichtbar oder occult Blut. Subfebrile Temperaturen sind regelmäßig vorhanden. Mit dem weiteren Verlauf der Krankheit entwickeln sich Gewichtsverlust, eine sekundäre Anämie und eine allgemeine Schwäche. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ist in dieser Phase erhöht.

Die ulcerative-enteritische Form geht schließlich in die stenotische Form über. Das klinische Bild läßt sich durch eine nicht vollständige Obstruktion erklären. Es kommt zu krampfartigen Schmerzen, Erbrechen, Obstipation, sichtbarer Peristaltik, Meteorismus und Stenosegeräuschen. In dieser Phase ist im rechten Unterbauch ein Tumor zu palpieren. In manchen Fällen kann sich die stenotische Form als erste Krankheitserscheinung zeigen. Im Röntgenbild ist dann das typische "string-sign" zu sehen. Die fistelbildende Form entsteht oft nach der Drainage eines Abscesses oder nach Appendektomie. Wenn sich bei diesen Fisteln ileale Öffnungen nachweisen lassen und wenn sie einer einfachen chirurgischen Resektion widerstehen, handelt es sich nach CROHN unter Ausschluß einer Tuberkulose um eine Enteritis regionalis. Die äußeren Fisteln suchen sich besonders Operationsnarben aus (Appendektomie), doch finden sie sich weiter an typischen Stellen als Anal-fisteln, Recto-Vaginal-Fisteln, Ano-Vesicalfisteln. Die inneren Fisteln lassen sich nur anhand des Röntgenbildes erkennen.

Symptomatik der chronischen Enteritis regionalis

Die krampfartigen Leibschmerzen veranlassen den Patienten einen Arzt aufzusuchen. Der Schmerz ist vorwiegend im rechten Unterbauch lokalisiert. Er hat den Charakter einer schwachen Kolik. Die anatomischen Veränderungen im Darm bestimmen die Intensität der Schmerzen. Bei ausgedehnter Obstruktion sind es heftige Koliken, die kommen und gehen. Defäkation bringt in jedem Falle Erleichterung (CROHN). Nausea und Erbrechen treten im Gegensatz zur Appendizitis seltener auf. Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Schwächegefühl werden häufig beobachtet. Diese Symptome sind das Kennzeichen einer schon fortgeschrittenen Erkrankung. Weiter klagen die Patienten in diesem Stadium über Durchfälle, Blässe, Fieber, aber auch Obstipation. Während Diarrhoe meist nicht so intensiv vorzukommen pflegt, ist die Obstipation besonders während der heilenden stenotischen Phase für die Erkrankung charakteristisch (CROHN).

Befund:

Es läßt sich eine umschriebene Resistenz, gewöhnlich im Bereich der rechten Iliacalregion tasten. In einigen Fällen ist das terminale Ileum als strangförmige Resistenz palpabel (KÜMMLERLE). Wenn das Sigmoid mit dem distalen Ileum verwachsen ist, findet sich die Resistenz mehr im linken Unterbauch gelegen (CROHN). Durch Verbackung des distalen Ileums mit den benachbarten Darmschlingen kommt es zur Ausbildung größerer Konglomerattumoren, die ohne Mühe palpabel sind.

Äußere Fisteln sind ein klinisches Frühsymptom (HENNING und DEMLING). Der Gewichtsverlust beträgt im Durchschnitt zwischen 5 und 25 kg. Das Endstadium der Krankheit läßt sich von einer Kachexie nicht mehr unterscheiden.

Durchfälle, die zwei- bis fünfmal innerhalb 24 Stunden auftreten, bilden ein konstantes Merkmal. Die Entzündung oberhalb der Bauhinischen Klappe ist für ihre Entstehung ursächlich verantwortlich zu machen. Die Durchfälle erreichen nicht die Stärke wie bei der Colitis ulcerosa. Blutbeimengungen zum Stuhl sind selten, Schleimbeimengungen eine regelmäßige Begleiterscheinung (CROHN).

Resorptionsstörungen finden sich vorwiegend im Endstadium der Krankheit. ROBERTS und Mitarbeiter sahen bei ihren Patienten eine makrozytäre Anämie als Folge von

Vitamin B₁₂ Resorptionsstörungen. Auch Fette werden nicht vollständig resorbiert. Es resultiert so ein vermehrtes Gehalt des Stuhles an Fettsäuren und Neutralfetten (ROBERTS).

Zu Fieber kommt es nach HENNING und DEMLING regelmäßig. CROHN beobachtete es nur bei einem Drittel seiner Patienten. Meist handelt es sich um subfebrile Temperaturen.

Im Blutbild fällt eine Anämie auf, die entweder durch eine Darmblutung oder eine Resorptionsstörung zu erklären ist. Das Hämoglobin liegt zwischen 60 und 70 %. Die Leukozytenzahl ist im Gegensatz zu akuten Fällen nicht erhöht. Eine Eosinophilie (4 - 12 %) ist eine beständige Begleiterscheinung, ebenso eine Erhöhung der Blutsenkungsgeschwindigkeit.

Komplikationen sind nach KÜMMERLE Ileus bzw. Subileus, Fistelbildung, freie Perforation und Blutung.

Diagnostik:

Die meist langdauernde Anamnese der Patienten läßt an eine Enteritis regionalis denken, doch endgültig gesichert werden kann die Diagnose präoperativ nur röntgenologisch. Dazu ist eine fraktionierte Dünndarmpassage notwendig. Das klassische "string-sign", von KANTOR erstmals beschrieben, besteht aus einem schnurförmigen Kontrastmittelstreifen, der sich vom distalen Ileum bis zur Ileocecalklappe hinzieht. Dieses "Schnurzeichen" wird durch den entzündlichen, einengenden und narbigen Prozeß hervorgerufen. Weitere röntgenologische Zeichen sind das Klaffen der Ileocecalklappe (nach CROHN in 80 % der Fälle), das Pflastersteinrelief, Kontrastmittelaussparungen, Konturunregelmäßigkeiten und der Nachweis von Fisteln. Der orale Dünndarmabschnitt ist gekennzeichnet durch eine Erweiterung und Hyperperistaltik.

Nach EVANS und ACHESON kann eine endgültige Diagnose nur durch einen charakteristischen positiven Befund einer operativen oder autopsischen Probe gestellt werden.

Differentialdiagnose:

Die Enteritis regionalis muß von einigen Krankheiten getrennt werden, die eine Resistenz im rechten Unterbauch mit Durchfall und Fieber verursachen (CROHN). Das frühe Stadium der Ileitis terminalis wird häufig mit der akuten Appendizitis verwechselt (CAVE). Vermehrtes

Auftreten von Durchfällen spricht eher für Ileitis. Erbrechen, Brechreiz und Obstipation lassen eher an Appendizitis denken. In den meisten Fällen jedoch wird die Diagnose endgültig durch eine Laparatomie gestellt.

Eine Ileocoecaltuberkulose sollte leicht ausgeschlossen werden. Die Suche nach dem Primärherd kann weiteren Aufschluß geben. BOCKUS (53) ist der Auffassung, daß ein negatives Ergebnis einer Lungen- oder sonstigen Organtuberkulose nicht genügt, um eine Tuberkulose auszuschließen, bis eine eindeutige mikroskopische Diagnose feststeht.

Die Colitis ulcerosa kann bei blandem Verlauf im Frühstadium in ihrer Symptomatik fast vollständig der Enteritis regionalis ähnlich sein. Die Diagnose wird in dem Fall der Colitis rektoskopisch und röntgenologisch gestellt.

Weiter ist differentialdiagnostisch zu denken an: das Lymphogranuloma inguinale, die Aktinomykose und Sarkoidose des Darmes, das Dünndarmkarzinoid und das Dünndarmkarzinom und eventuell an die Endometriose.

Therapie:

Die heutige Meinung führender Chirurgen trennt zwischen konservativer und operativer Behandlung.

Die konservative Therapie ist indiziert bei der akuten Form der Ileitis terminalis, bei der es mitunter zu Spontanheilungen kommt (CROHN). Bei stark reduziertem Zustand, bei ausgedehntem Befall, bei Rezidivneigung und bei Fällen ohne Komplikationen verbietet sich ebenfalls ein operatives Vorgehen (BARGEN 1957).

Die konservative Therapie besteht in körperlicher Schonung, in der Verabreichung einer hochkalorischen Kost, die proteinreich, fettarm, schlackenarm und reizlos sein soll. Perorale Vitamingaben sind wegen der Resorptionsstörung angebracht. (Vitamin B-Komplex, Vitamin C und K.) Nahrungsmittel, die bei den Patienten eine Exacerbation der Symptome auslösen können, sind zu vermeiden (Milch, Citrusfrüchte, Fisch). Die Patienten merken übrigens ziemlich schnell, was ihnen nicht bekommt. Calcium und Eisenpräparate sind bei Anämie indiziert. Der Einsatz von schwer resorbierbaren Sulfonamiden und Antibiotika aus der Tetrazyklinreihe ist auf die Sekundärinfektionen beschränkt. Die Verabfolgung von Corticoiden, besonders beim Malabsorptionssyndrom wird

nicht von allen Forschern gleichmäßig begrüßt (CROHN, VAN PATTER). Es besteht die Gefahr der Perforation mit nachfolgender Darmblutung.

Durch die günstige Beeinflussung der Krankheit in dem Anfangsstadium ist ein chirurgisches Vorgehen heute in vielen Fällen nicht mehr erforderlich. Indikationen für eine operative Behandlung sind nach CROHN's Erfahrung: Die chronisch-rezidivierende Ileitis, Komplikationen wie Blutungen, Perforationen, Ileus und Fistelbildungen. Ein chirurgischer Eingriff ist weiterhin gerechtfertigt, wenn nach einer Ausschaltungsoperation (Ileokolostomie) keine Besserung eintritt (CROHN 1957). Die meisten Chirurgen entscheiden sich heute für die einzeitige, möglichst radikale Resektion. Die früher oft angewandte Ausschaltungsoperation wird nur noch beim akuten Ileus durchgeführt. Es handelt sich um eine Ileotransversostomie mit Ileumdurchtrennung, d.h. das Ileum oberhalb des erkrankten Abschnittes wird durchtrennt (CROHN 1957). Eine Resektion in zweiter Sitzung läßt sich bei diesem operativen Vorgehen meist nicht vermeiden. Die Mortalitätsziffer beider Operationsverfahren liegt nach CROHN und VAN PATTER bei 3 % bzw. 1,2 %.

Die Resektion muß ziemlich weit im Gesunden angelegt werden, da die mikroskopischen Veränderungen sich bis über den makroskopisch sichtbaren Bereich ausdehnen (SELL).

GROSS schlägt eine Resektion von 30 - 40 cm im gesunden Gewebe vor.

VAN PATTER, BARGEN, DOCKERTY, FELDMANN, MAYO und WAUGH (1954) sahen bei 600 Patienten in der Mayo-Klinik 57 % Rezidive nach Enteroanastomose und 67 % nach Resektion auftreten.

POLLOCK (1958) berichtet von Ileitiskranken, bei denen der Symptomenbeginn weiter als zwei Jahre vor der Operation gelegen war, mit einer Rezidivneigung von 65 %. Wenn die Krankheitserscheinungen innerhalb von zwei Jahren vor der Operation begonnen hatten, bekamen nur 22 % ein Rezidiv. Bei noch kürzerer Anamnese waren fast alle Patienten frei von Rückfällen.

Zweck der Untersuchung und Überblick der Psychosomatik

Psychosomatische Faktoren bei Darmkrankheiten wie dem Ulcus ventrikuli und der Colitis ulcerosa sind schon lange erörtert worden. Neuerdings vermutet man auch bei der Ileitis terminalis psychosomatische Faktoren.

Was versteht man nun eigentlich unter einer psychosomatischen Krankheit?

Der Begriff der Psychosomatik, über den in der heutigen Medizin eine Vielzahl von Meinungen vertreten werden, ist in der Literatur ziemlich weit gefasst. In dem Begriff Psychosomatik sind Psyche und Soma unverbindlich aneinandergefügt. Jeder kann heute wie er gerade möchte, sich die Verbindung dieser beiden Begriffe vorstellen. Dadurch wird oft genug Verschiedenes in die Psychosomatik hineininterpretiert. Vor 130 Jahren wurden als psychosomatische Krankheiten solche angesehen, bei denen psychische Folgen einer körperlichen Krankheit auftraten. Die progressive Paralyse war das Paradebeispiel. Heute dagegen stellt man sich unter einer psychosomatischen Krankheit eine solche vor, die sich körperlich äussert, aber emotionell bedingt ist. Es herrscht jetzt also der umgekehrte Begriff wie vor 130 Jahren vor.

Die heute gebräuchlichste und klinische Bedeutung der Psychosomatik ist nach BLEULER folgende: "Psychosomatische Krankheiten sind solche körperlichen Störungen, die Folge, Begleiterscheinung oder Aspekt psychischer, besonders emotioneller Vorgänge sind". STOKVIS sieht psychosomatische Erkrankungen als solche an, die sich in der Körperlichkeit äussern, bei deren Auftreten emotionelle Einflüsse aus dem Heute oder aus der Vergangenheit als mitbedingende Faktoren von Bedeutung sind. WITTKOWER teilt die psychosomatischen Krankheiten in drei Gruppen ein.

" 1. Krankheiten, für deren Genese seelische Einflüsse in Verbindung mit anderen Faktoren unmittelbar verantwortlich sind (z.B. das Magengeschwür).

2. Krankheiten, deren körperliche Verursachung einwandfrei festgestellt worden ist, in deren Genese jedoch psychologische Einflüsse mittelbar eine Rolle spielen (z.B. Geschlechtskrankheiten).

3. Schädigungen in deren Entstehung seelischen Einflüssen zwar keine Bedeutung zukommt, die jedoch derart sind, daß sie die Geschädigten schwer verletzen (z.B. Kriegsverletzungen). "

JORES spricht von der hinter uns liegenden naturwissenschaftlichen Epoche und erklärt, daß der Mensch seine Krankheit mache und daß Krankheit also kein Zufall sei.

In der Psychosomatik wird dem Psychischen vor dem Somatischen das Primat eingeräumt. JORES hat versucht das Primat des Geistigen über das Leibliche dadurch zu beweisen, daß er stets "Psychisches am Werk und die Szene eröffnen sieht, wo man immer einen Krankheitsprozess bis in seine Anfänge verfolgen". WEISSÄCKER dagegen meint, daß es in keinem Fall zu bestimmen sei, wer angefangen habe, Psyche oder Soma.

SCHNEIDER drückt das Typische der psychosomatischen Krankheiten in dem folgenden Satz aus. Körperliche Funktionen, die den Gemütsbewegungen als Ausdrucksphänomene zugeordnet sind, wie die Magensekretion, die Darmtätigkeit, Herz und Gefäßregulation und die Atmung unterliegen leichter psychischen Einwirkungen als andere Organsysteme. Nach LANGEN liegt eine psychosomatische Krankheit dann vor, wenn sich bei körperlichen Krankheiten gleichzeitig auch die Zeichen einer psychoreaktiven Störung, meist sogar eine der verschiedenen Typen einer psychoreaktiven Entwicklung nachweisen lassen. ALEXANDER teilt die psychosomatischen Krankheiten in zwei Gruppen ein.

" 1. in Störungen, die sich dann entwickeln, wenn das abhängige Individuum eine Versagung seiner Hilfsbedürftigkeit erfährt;

2. in Zustände, die sich dann entwickeln können, wenn in der Abfuhr feindseliger aggressiver Antriebe (Kampf und Flucht) eine Sperrung eingetreten ist, wodurch sie im offen zutage tretenden Verhalten nicht mehr aufweisbar sind".

Nach LOPEZ IBOR entwickeln sich die psychosomatischen Krankheiten von der Störung der Stimmung aus. Sie stehen den Krankheiten nahe, die in der Psychiatrie als "Gemütskrankheiten" beschrieben werden.

Es soll nun versucht werden den Begriff der Psychosomatik anhand einfacher alltäglicher Erscheinungen zu erklären, um darnach die einzelnen Schritte einer psychosomatischen Störung besser erfassen zu können.

Wir alle wissen um die Folgen und Begleiterscheinungen emotionellen Lebens, auf die die psychosomatische Medizin aufgebaut ist. Es ist bekannt, daß Tränen fließen, wenn wir traurig sind, daß wir bei Schreck erblasen oder in Ohnmacht fallen, daß wir zittern oder in den Knien weich werden, wenn wir erschrecken. Ebenso

ist es eine alltägliche Erscheinung, daß uns beim Erblicken eines genüsserischen Mahles das Wasser im Munde zusammenläuft, wenn wir hungrig sind. So sind also schon normalerweise viele Gemütsbewegungen mit vegetativen Regulationen korreliert. Jeder emotionale Vorgang hat sein eigenes physiologisches Syndrom(ALEXANDER). LOPEZ IBOR sieht in diesen psychologischen Vorgängen weiter nichts als in Worten ausgedrückte physiologische Vorgänge. Die Gemütsbewegungen zeigen sich nach ihm immer durch das vegetative System und in den von ihm regulierten Organen. STOKVIS sagt, daß Emotionen immer mit gewissen Wirkungen autonom innerer Organsysteme verbunden sind.

Wo jetzt Emotionen verdrängt werden, d.h., wenn sich solche Gemütsbewegungen nicht ausdrücken können, da sind sie der Anlass zur chronischen Spannung. Nach LOPEZ IBOR kommt es durch diese verdrängten Emotionen dann zu einer Störung in der vegetativen Leitung. Es bilden sich vegetativ regulatorische Auffälligkeiten aus, die als vegetative Dysregulationen bezeichnet werden. Wenn diese vegetativen Dysregulationen chronisch werden oder auf eine anlagemässig vegetative Abnormität treffen, so führen sie zu funktionellen Störungen eines bestimmten Organs. In einem zweiten Schritt führt diese dauernde funktionelle Störung allmählich zu morphologischen Gewebsveränderungen (ALEXANDER). Das Schema einer solchen psychosomatischen Störung ist nach LOPEZ IBOR folgendes:

unterdrückte Gemütsbewegung → vegetative Dysregulation → funktionelle Störung → morphologische Gewebsveränderung.

Das heute meist verwandte Denkmodell in der Psychosomatik ist das der psychopsychischen Wechselbeziehung. Der ewige Streit, ob der Leib oder die Seele bei den psychosomatischen Krankheiten die überwiegende Rolle spielt, wird dahingehend beantwortet, daß man sagt: Es gibt nichts Psychisches, dem nichts Leibliches entspricht und umgekehrt.

Es soll nun das Typische der psychosomatischen Krankheiten kurz umrissen werden. Nach LANGEN ist die Nähe zum vegetativen Nervensystem, zu dem endokrinen Apparat und dadurch zum Magen-Darmtrakt, zu den Atmungs- oder Kreislauforganen typisch für die psychosomatischen Krankheiten. Dabei komme dem vegetativen Nervensystem insofern eine zentrale Rolle zu, als es in die einzelnen Organsysteme ein-

greife. Das zweite typische Merkmal sind vegetative Dysregulationen als Vorläufer, die entweder diffus verlaufen können oder eine Affinität zu einem Organsystem aufweisen. Wenn diese vegetative Störung an keine organische Gruppe gebunden ist, ist sie diffus. Das Körperschema (body-image) wird dann als Gesamtheit in Mitleidenschaft gezogen (LOPEZ IBOR). Um nun eine psychosomatische Krankheit möglichst eng fassen zu können, ist es erforderlich, auf der somatischen Ebene die vegetative Irritierbarkeit und eine Steigerung derselben nachzuweisen und auf der psychischen Ebene abnorme seelische Züge oder eventuell abnorme seelische Entwicklungen zu finden. Erst wenn es gelingt, diese beiden Phänomene und ihr wechselseitiges Zusammenspiel nachzuweisen, ist man berechtigt von einer psychosomatischen Krankheit zu sprechen. Dies soll nun bei der Ileitis terminalis gezeigt werden, wobei der klinische Begriff dieser Krankheit im Vordergrund stehen soll. Wir wollen nun im folgenden zeigen, worauf es uns im wesentlichen bei den Untersuchungen ankommt.

Bei der Suche nach den Faktoren des psychosomatischen Krankheitsgeschehens bildet die Erlebnissphäre einen nicht zu übersehenden Ausgangspunkt. Es ist bekannt, daß sich körperliche Erkrankungen im engsten zeitlichen Zusammenhang mit dem Erleben der eigenen Lebensgeschichte entwickeln (BLEULER). Bis weit zurück in die Biographie läßt sich eine Wechselbeziehung zwischen psychischer Spannung und einem Organtrakt nachweisen. Aufregung führt bei einer Person zu Durchfällen, bei einer anderen zu Atemstörungen, bei einer dritten zu Kreislaufstörungen.

In der Anamnese muß sich also ohne weiteres eine solche psycho-physische Wechselbeziehung aufzeigen lassen. Erst dann ist man nach LANGEN berechtigt, eine Krankheit als psychosomatisch zu diagnoszieren.

Weiterhin ist bekannt, daß zeitlich mit dem Krankheitsbeginn zusammenfallende aktuelle seelische Situationen pathogen wirken können (WEITBRECHT). WEITBRECHT weist daraufhin, daß eine Parallele hierzu im "Schlüsselerlebnis" des sensitiven Beziehungswahnes besteht.

Die einzelnen Schritte einer psychosomatischen Krankheit sind einerseits somatisch durch die schon genannten vegetativen Dysregulationen gekennzeichnet, andererseits lassen sich psychisch die verschiedenen Stadien einer psycho-reaktiven Störung anamnestisch nachweisen.

Man unterscheidet drei Gruppen psycho-reaktiver Störungen.

1. Die einfachen psychoreaktiven Entwicklungen.
2. Die neurotischen Entwicklungen im engeren Sinn.
3. Die abnormen Persönlichkeitsentwicklungen.

Die einfachen psycho-reaktiven Entwicklungen sind selten. Aspekte neurotischer Entwicklung im engeren Sinn lassen sich oft feststellen. Um die Psychosomatik bei diesen neurotischen Entwicklungen zu verstehen, bedarf es erweiterter psychologischer Grundtatsachen, wie der inneren Widersprüchlichkeit, der Ambivalenz, der Verdrängung. Während unseres Lebens strömen viele Strebungen, Wünsche, Interessen und Befürchtungen auf uns ein. Die unangenehmen Dinge wie Ängste und Demütigungen, die uns stören, übergehen wir leicht, wir versuchen sie zu vergessen. Sie werden somit verdrängt, leben aber weiter und machen sich als Störfaktoren bemerkbar. Dieses Sich-Bemerkbarmachen führt schließlich zu körperlichen Erscheinungen.

Bei diesen neurotischen Entwicklungen läßt sich oft ein Vorstadium, Ausgangsstadium und ein symptommanifestes Stadium nachweisen (LANGEN).

Im Vorstadium findet man Grundkonflikte (STOKVIS). Es besteht in vielen Fällen eine Charakterspezifität, insofern, als bei der diskordant normalen Ausgangspersönlichkeit (KAHN-BINDER) divergente Charaktereigenschaften gleichstark entwickelt sind. Menschen mit psychosomatischen Krankheiten zeigen dabei nicht selten zwanghafte Züge. In dem Vorstadium einer psychosomatischen Krankheit lassen sich auch schon Zeichen einer vegetativen und psychischen Labilität aufzeigen.

Im Ausgangsstadium sind die Grundkonflikte noch ebenso vorhanden. Die Symptome der vegetativen und psychischen Labilität sind verstärkt. Oft fällt dieses Stadium in die Zeit einer biologischen Krise, vor allem in die Pubertät.

Das symptommanifest Stadium ist gekennzeichnet durch den Ausbruch der Symptome. Kurz vor Ausbruch der Beschwerden läßt sich häufig eine Schicksalssituation nachweisen, die im Sinne eines Schlüsselerlebnisses vom Patienten verarbeitet wird und als aktueller Konflikt die Symptomatik auslöst.

Bei einer 3. Gruppe von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten ist der entscheidende Faktor eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung (BINDER, LANGEN). Es sind

abnorme Persönlichkeiten, die entgegengesetzte Anlagen noch stärker ausgeprägt haben als die vorher beschriebenen diskordant Normalen, die ebenfalls zur Komplexverselbstständigung neigen und ausserdem oft ausgeprägte anankastische Züge tragen. Daneben lassen sich bei manchen psychosomatisch Kranken dieser Gruppe noch Züge eines süchtigen Verhaltens finden.

Unsere Aufgabe soll es nun sein, bei den 15 Patienten mit Ileitis terminalis herauszufinden, ob bei ihnen psychische Faktoren im Spiele sind, so daß die Möglichkeit einer psychosomatischen Krankheit ventiliert werden kann. Es soll gezeigt werden, gegebenenfalls welcher Art diese psychische Faktoren sind und in welchem Zusammenhang sie mit der Ileitis stehen. Von dem Jahre 1961 bis 1967 wurden 20 Patienten mit der Diagnose Ileitis terminalis in der Chirurgischen Klinik erfasst. Von diesen 20 Patienten konnten 15 nachuntersucht werden, zwei sind in der Zwischenzeit verstorben, drei erschienen, trotz wiederholter Aufforderung nicht zu unserer Untersuchung. Seit dem Jahre 1964 ist eine deutliche Zunahme der Fälle mit Ileitis terminalis zu verzeichnen. Von den 15 nachuntersuchten Patienten sind allein zehn nach 1964 behandelt worden. Diese Zunahme läßt sich sicherlich durch eine gezieltere Diagnostik infolge besserer Kenntnis und Erfahrung des Krankheitsbildes erklären. Bei 11 der 15 Patienten wurde eine primäre Resektion des betroffenen Dünndarmabschnittes durchgeführt. Die Diagnose war vor der Operation röntgenologisch und nach dieser pathologisch histologisch gesichert worden. Bei drei Fällen war wegen Appendizitisverdacht operiert worden. Die Appendix wurde entfernt, die veränderten Dünndarmabschnitte wurden wegen der Jugend der Patienten und wegen des noch nicht so ausgedehnten Befalls belassen. Die Diagnose wurde bei diesen drei Fällen makroskopisch und pathologisch-histologisch durch eine Probeentnahme gestellt. Bei einem Patienten, bei dem man aufgrund des röntgenologischen Befundes eine Ileitis terminalis diagnostizierte, war eine Operation wegen Beschwerdefreiheit noch nicht nötig.

Die psychiatrisch-psychologische Untersuchung der 15 Ileitiskranken erstreckte sich im Durchschnitt auf 2 1/2 bis 3 Stunden. Das Hauptaugenmerk bei dieser Untersuchung richteten wir auf eine exakte und ausführliche biographische Anamnese. Zusätzlich entwarfen wir noch einen Fragebogen mit 48 Fragen, der als Schwerpunkte die frühkindliche Entwicklung, die Berufsentwicklung, die emotionale Haltung bei bestimmten Situationen, die allgemeine vegetative Lage und Unpässlichkeiten von Seiten des Magens und des Darms beinhaltete. Im Anschluß an

diese Untersuchung wurde noch eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule und des Beckens gemacht, um die von ALMY und SHERLOCK behauptete innere Beziehung zwischen Ileitis terminalis und Spondylarthritidis ankylopoetika abzuklären. Die gleiche Wurzel bei der Krankheiten zeige sich darin, daß die eine der anderen nach etwa 12 Jahren folge. Diese Röntgenuntersuchungen wurden von Dr. van de WEYER am Institut für Strahlenkunde durchgeführt und ausgewertet. Die hier kurz genannten psychologischen Untersuchungen, die in einer späteren Arbeit mit statistischer Auswertung zusammengefasst werden sollen, wurden von unserer Psychologin Frau Doms vorgenommen.

Die Fälle

(kasuistischer Beitrag)

Zahlenmässige Übersicht:

Es handelt sich um 15 Fälle, davon waren 10 Frauen und 5 Männer.

Lebensalter:

20-29 Jahre: 6	50-59 Jahre: 2
30-39 Jahre: 5	60-69 Jahre: 0
40-49 Jahre: 2	70-79 Jahre: 0

Die jüngste Patientin war 20 Jahre alt, die älteste 55 Jahre.

Beruf:	männlich	weiblich
ungelernte Arbeiter	-	1
Handwerker, Angestellte, sonstige gelernte Berufe (inklusive Hausfrauen)	3	9
Studenten	1	-
selbstständige Berufe	1	-
insgesamt	5	10

Familienstand:

Von den 10 weiblichen Patienten waren 7 verheiratet,
2 ledig, 1 geschieden;
von den 5 männlichen Patienten waren 3 verheiratet und
2 ledig.

Herkunft des Patientengutes:

8 Patienten stammten aus städtischen Zuzugsgebieten,
6 aus ländlicher Gegend.

Fall Nr. 1:

S.G. 34 Jahre, Feinmechanikermeister, verheiratet.

Herr S. wuchs in gut bürgerlichen Verhältnissen auf.
Sein Vater gründete im Anfang der dreißiger Jahre eine
Stahlfederfabrik im Schwarzwald. Nach anfänglichen
Schwierigkeiten arbeitete er sich sehr schnell empor
und war bald ein erfolgreicher Geschäftsmann. Die Fa-
milie kannte von nun an keine finanziellen Sorgen mehr.
Mit seiner um drei Jahre älteren Schwester verlebte
Herr S. eine schöne, sorgenfreie, aber auch mitunter
strenge Jugend. Seine schönste Freizeitbeschäftigung be-
stand darin, im nahe gelegenen Wald umherzustreifen. Die
strenge Erziehung durch seinen Vater veranlaßte ihn öf-
ters, bei der Mutter Schutz und Geborgenheit zu suchen.

Seinen Vater schilderte Herr S. als einen explosiven, temperamentvollen leicht reizbaren Menschen, der vollkommen seinen Launen unterworfen war. Die gesamte Familie hatte wiederholt an dem launischen Wesen ihres Vaters zu leiden. Die Mutter war eine ruhige, lebenswürdige und gutmütige Frau. Sie war der "ruhende Pol" in der Familie. Ihre Aufgabe ist es auch heute noch, zwischen den mittlerweile erwachsenen Kindern und dem Vater zu vermitteln.

Geisteskrankheiten, körperliche Krankheiten, Suizidfälle, abnorme Persönlichkeiten sind in der Familie nicht bekannt. Sein Vatersvater soll ein Trinker gewesen sein.

Seine Geburt verlief ohne Auffälligkeiten, Sprechen und Gehen lernte er genauso schnell und sicher wie seine Schwester. Er ist schon sehr früh sauber gewesen.

An Kinderkrankheiten hat er die Masern, die Windpocken und den Keuchhusten durchgemacht. Im Jahre 1941 bekam er eine Nierenentzündung, die ihm noch jahrelang Beschwerden verursachte. Regelmäßig stellte sich im Anschluß an diese Nierenerkrankung im Frühjahr und im Herbst Fieber ein. Die Temperaturen stiegen bis auf 39 Grad und blieben drei bis vier Wochen bestehen. Nach einer Tonsillektomie im Jahre 1945 hörte das Fieber schlagartig auf. Im Jahre 1952 lag Herr S. wegen einer unklaren Infektion in einem auswärtigen Krankenhaus. Innerhalb einer Woche hatte er damals 36 Pfund an Gewicht verloren. Auf eine Penicillin-gabe hin besserte sich sein Zustand erheblich, so daß er genauso schnell seinen Gewichtsverlust wieder aufholte.

Herr S. besuchte 8 Jahre lang die Volksschule in S. Er mußte zwei Jahre die Schulausbildung unterbrechen, wegen der unregelmäßigen Schulverhältnisse während der französischen Besatzungszeit. Nach Beendigung der Volksschule besuchte er 3 1/2 Jahre eine Mechanikerfachschule. Im Jahre 1951/52 bestand er die Gesellenprüfung. Von diesem Zeitpunkt an war er im elterlichen Betrieb tätig. Mit 23 Jahren (1955) legte Herr S. seine Meisterprüfung ab. Während seiner Tätigkeit in der väterlichen Firma mußte Herr S. allerhand über sich ergehen lassen. Sein Vater bezahlte ihm von allen Arbeitern den niedrigsten Lohn, obwohl er schon Feinmechanikermeister war. Zwischen Vater und Sohn kam es innerbetrieblich und auch zu Hause immer wieder zu Spannungen. Sein Vater, der den Betrieb von ganz klein aufgebaut hatte, ließ nur

seine eigne Meinung gelten. Er, der 40 Jahre älter war, als sein Sohn, blieb ihm gegenüber rechthaberisch und stur. Von dem Patienten, der vor hatte, den Betrieb nach neuzeitlichen und rationellen Gesichtspunkten umzugestalten, nahm der Vater keinerlei Anregung an. Diese Einstellung kränkte Herrn S. sehr. Er wurde, wie er selbst es ausdrückt, an seinem Entfaltungswillen gehammt. Während dieser für ihn so schweren Zeit entfremdete sich Herr S. immer mehr von seinem Vater. Er dachte oft nächtelang über diese Probleme nach, ohne aber irgendjemand damit zu belasten. Es galt eben nur der Wille des Chefs und Vaters, der nicht wahrhaben wollte, daß "sein Sohn oft die besseren Gedanken hatte". Als im Herbst des Jahres 1966 sein Vater ernstlich erkrankte, übernahm Herr S. endgültig den väterlichen Betrieb. Bis zu diesem Zeitpunkt jedoch gab es für ihn noch einige Hindernisse zu überwinden.

Seit 1959 ist Herr S. verheiratet. Seine sechs Jahre jüngere Frau, die sehr temperamentvoll und voller Pläne ist, war bis zur Heirat als kaufmännische Angestellte tätig. Er liebt seine Frau sehr. Sie führen eine schöne und glückliche Ehe. Aus dieser sind zwei Söhne hervorgegangen, die jetzt im Alter von fünf und zwei Jahren sind. Herr S. hängt sehr an seiner Familie. Nach Feierabend nimmt er sich nur für Frau und Kinder Zeit.

Jetzige Erkrankung:

Im November 1961 bemerkte Herr S. nach einer Geschäftsreise zum ersten Mal ziehende Schmerzen im rechten Unterbauch, Fieber Verstopfung und Erbrechen. Von November an spürte er eine chronische Müdigkeit, unter der er besonders nachmittags zu leiden hatte. Unter der Behandlung seines Hausarztes kam es zu keiner Besserung seines Zustandes. Es erfolgte daraufhin eine Einweisung in ein auswärtiges Krankenhaus. Dort führte man eine Penicillinbehandlung wegen eines gleichzeitig festgestellten Douglasabszesses durch. Die Beschwerden besserten sich daraufhin merklich, allerdings nur für zwei bis drei Wochen. Dann stellten sich wieder Müdigkeit, Abgeschlagenheit und eine allgemeine Schwäche ein. Die Intensität seiner Schmerzen verspürte Herr S. einmal stärker, dann wieder schwächer. Der Patient war inzwischen wieder bei seinem Hausarzt in Behandlung, der ihm Eisenpräparate verordnete. Diese therapeutische Maßnahme blieb jedoch ohne Erfolg. Als im Februar des Jahres 1965 seine Beschwerden sich verschlimmerten, wies ihn sein damaliger Hausarzt erneut in ein auswärtiges Krankenhaus ein. Dort bekam er täglich Infusionen. Aber trotz dieser Maßnahmen verlor er bis zu 10 kg an Gewicht während dieser 3-wöchigen Behandlung. Im Anschluß an diesen

Krankenhausaufenthalt kam er zu einer 6-wöchigen Erholungskur nach Bad Mergentheim. Danach fühlte sich Herr S. einigermaßen wohl.

Im Januar 1966 wurden seine Schmerzen so stark, daß er wieder mehrere Wochen von der Arbeit wegbleiben mußte. Die Schmerzen traten im rechten Unterbauch auf, sie waren bald krampfartig, bald mehr druckartig. Gleichzeitig bestand Verstopfung. Während dieser Zeit bemerkte Herr S. auch eine Unverträglichkeit gegenüber vielen Speisen (Fisch, Rindfleisch, Obst). Sein Hausarzt wies ihn jetzt nach Mainz in die Chirurgische Universitätsklinik ein.

Bei der ambulanten Untersuchung fiel dem Chirurgen lediglich ein nicht genau bestimmbarer Tumor im kleinen Becken auf, der von rektal aus gut zu tasten war. Der Stuhl war frei von Blut und Schleimbeimengungen. Es bestanden subfebrile Temperaturen. Der Allgemeinzustand des Patienten war etwas reduziert.

Bei Palpation des gesamten Unterbauches ließ sich keine sichere pathologische Resistenz tasten. Bei tiefer Palpation wurde ein Druckschmerz im rechten Unter- und Mittelbauch angegeben. Rektal erreichte man rechts dorsal eine Resistenz, die relativ glatt abgrenzbar, aber nicht sicher beurteilbar war. Handelte es sich um einen Konglomerattumor oder um einen sonstigen Tumor?

Verdachtsdiagnose: Ileitis terminalis, Dünndarmdoppelbildung.

Am 10.11.1966 führte man eine fraktionierte Dünndarmpassage durch, bei der sich jedoch keine sicheren Zeichen für eine Ileitis terminalis fanden.

Am 14.11.1966 erfolgte die Operation. Im Bereich des terminalen Ileums war ein Konglomerattumor sichtbar, der durch Ileocecalresektion mit End-zu-End-Anastomose entfernt wurde.

Das pathologisch-histologische Gewebsbild ergab den Befund einer chronischen, teils ulcerierenden und granulomatösen Entzündung. Die Diagnose lautete: Morbus CROHN (Ileitis terminalis). Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Am 29.11.1966 wurde der Patient in gutem Allgemeinzustand entlassen. Herr S. war seit seiner Entlassung bis zur Untersuchung in unserer Klinik beschwerdefrei (9.4.1967). Es bestanden lediglich ab und zu Durchfälle.

Die vertiefte Exploration ergab:
Herr S. war schon als Kind gewissenhaft, leicht verletzbar und empfindlich. Er liebte es allein zu sein, er war ein stiller zurückhaltender Junge. Sorgen und Kummer machte er mit sich selbst aus, er zeigte dies nicht nach aussen. In seiner Arbeitsweise war er sehr genau und überordentlich. Er erledigte eine Aufgabe lieber selbst, weil er dann wusste, daß diese bestimmt getan war. Diese und andere Charaktereigenschaften weisen auf eine zwanghaft geartete Persönlichkeitsstruktur mit asthenischer Komponente hin.

Seit seiner Kindheit litt Herr S. an Verstopfung. Er vertrug gelbe Rüben, gekochten Fisch, gekochtes Rindfleisch und Obst überhaupt nicht. Eine allgemeine vegetative Labilität und eine Überempfindlichkeit gegenüber allen lauten Geräuschen, besonders zu hohen Tönen bestehen seit der Schulzeit.

Durch die Lebensentwicklung von Herrn S. zieht sich wie ein roter Faden das Vater-Sohn-Verhältnis hindurch. Es ist von Anfang an gestört. Der Vater ist ein liebloser, herrschsüchtiger, launischer, wenig gefühlsbetonter Mensch. Auf der anderen Seite ist er aber tüchtig und gewissenhaft. Er ist also offenbar eine Persönlichkeit, wie man sie in einer anankastischen Sippe vorfindet. Alle diese genannten Symptome lassen sich als Ausgangsstadium auffassen. - Durch die Berufsentwicklung des Patienten kommt es zu einer Zunahme der Spannungen mit dem Vater. Die ambivalente Haltung seinem Vater gegenüber wächst, als Herr S. nach Abschluß seiner Lehre im väterlichen Betrieb bleibt und ihm trotzdem das Gehalt eines Lehrlings weiter gezahlt wird.

Das Zeinandergehörige von Erlebnissen und Krankheitsverlauf ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich.

Krankheitsverlauf
(Symptome)

Lebensgeschichte

Alter	Daten
(Seit der Kindheit bestehend: Neigung zu Verstopfung-Unverträglichkeit gegenüber gelben Rüben-gekochtem Fisch-gekochtem Rindfleisch-Obst. Allgemeine vegetative Labilität, Geräuschüberempfindlichkeit.)	geb. 1933
17	1940
18	1950
22	1951 Gesellenprüfung-Eintritt in den väterlichen Betrieb-Beginn der Spannungen mit Vater.
	1955 Meisterprüfung als Feinmechaniker-Herr S. bekommt Gehalt als Lehrling weiter gezahlt.
	1959 Heirat
Leibschmerzen-Fieber-Verstopfung-Erbrechen-Müdigkeit-Schwäche. 28	1961 Patient erbittet Kredit von Vater für seinen Hausbau, der ihm jedoch nicht gewährt wird.
Rapider Gewichtsverlust. 32	1965 Enttäuschung durch Schwester, die unerfüllbare Ansprüche stellt.
Unausstehliche Schmerzen-Verstopfung-Fieber-allgemeine Schwäche. 33	1966 Verschärfte Auseinandersetzung mit Vater wegen neu anzuschaffender Maschine-2. Schwangerschaft seiner Ehefrau-ungewisse Zukunft.

Krankheitsverlauf
(Symptome)

Lebensgeschichte

Alter	Daten
	10.11.1966 Familienrat beschließt, daß Herr S. den väterlichen Betrieb alleine übernehmen soll.
Operation Noch gelegentlich Durchfälle, sonst beschwerdefrei.	14.11.1966
Nachuntersuchung	9.4.1967

Psychischer Befund:

Mit Herrn S. ist ein guter Kontakt möglich, er ist willig und bereit bei der Klärung seines Krankheitsbildes mitzuhelfen. Die ihm gestellten Fragen beantwortet er sicher, kurz und prägnant. Seine Psychomotorik wirkt etwas spärlich und ausdrucksarm. Eigenantrieb und Eigenspontanität sind nicht wesentlich verändert. Es besteht eine deutliche Irritierbarkeit und eine Unsicherheit im Gesamtverhalten. Emotionell herrscht während der Untersuchung eine ausgeglichene Stimmung vor. Affektlabile und zwanghafte Züge lassen sich feststellen. Intellektuell gewinnt man von Herrn S. einen differenzierten Eindruck.

Bei der psychologischen Testuntersuchung (Rohrschachteltest) zeigte sich ein hypochondrisches, perseverierendes Verhalten. Herr S. wirkte in seiner männlichen Rolle unsicher, noch nicht gereift, seinem Vater unterlegen. Es bestand eine Affektlabilität. Die Neurosenfragebogen tests waren negativ.

Epikrise

Bei dem 34-jährigen Patienten handelt es sich um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann im 28. Lebensjahr des Patienten (1961), zeigte dann einen subakuten, intermittierenden Verlauf mit langsamer Progredienz, bis nach fünf Jahren im 33. Lebensjahr 1966 die Resektion erforderlich wurde. Seither ist der Patient beschwerdefrei gewesen.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich bei dem Patienten um eine zwanghaft geartete Persönlichkeit, in dessen Biographie sich nicht unwesentliche berufliche und damit verbunden familiäre Konflikte nachweisen lassen. Die kurz vor Ausbruch der Symptomatik aufgetretene Kummulation des Familien- und Berufskonfliktes spielte sich auf einer Ebene ab, für die der Patient aufgrund seiner Charakterstruktur verletzbar ist. Dieser Stress, muß im multifaktoriellen Geschehen als wesentlich angesehen werden. Die bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Verstopfung, zu Unverträglichkeiten gegenüber gelben Rüben, gekochtem Rindfleisch, gekochtem Fisch und Obst, zu einer allgemeinen vegetativen Labilität, zu Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen stellt eine traktusspezifische Labilität dar. Sie kann als Ausgangsstadium aufgefasst werden, von dem aus sich dann das Leiden entwickelt, so daß daraus die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit entsteht.

Fall Nr. 2:

N.A., 49 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Der Vater von Frau N. starb mit 26 Jahren an einer Lungenentzündung. Die Patientin war damals ein halbes Jahr alt. Ihr Vater, ein Gastwirt von Beruf, ließ bei seinem Tod nicht viel an materiellem Wert zurück. So war die Mutter von Frau N., die keinen Beruf gelernt hatte, gezwungen, den Lebensunterhalt für sich und ihr einziges Kind selbst zu verdienen. Frau N. erlebte teils eine schöne, teils eine harte Kindheit und Jugend. Sie war schon sehr früh darauf aufmerksam gemacht worden, "daß man nicht alles haben kann, was man will". Das Mutter-Tochter-Verhältnis war besonders fest und durch nichts zu erschüttern. Ihre Mutter verstarb im 80. Lebensjahr 1965 an einer Anämie unklarer Genese. Sie war als eine gutmütige, hilfsbereite und allgemein beliebte Frau bekannt. Die Großmutter mütterlicherseits soll im Alter an einer schweren geistigen Störung (Dementia senilis) gelitten haben und der Bruder dieser Großmutter scheint an einer Schizophrenie erkrankt gewesen zu sein. Ein weiterer Blutsverwandter beging vor vier Jahren Selbstmord.

Die Geburt von Frau N. verlief rasch und ohne Komplikationen. Die Mutter hatte vorher acht Fehlgeburten. Gehen und Sprechen lernte Frau N. schnell. Ihre Menarche bekam Frau N. mit 12 Jahren. Die Periode verlief bisher regelmässig alle 28 Tage und dauerte drei bis vier Tage lang. An Kinderkrankheiten machte sie Keuchhusten, Masern, Mumps und Milchschorf durch. Mit vier Jahren erkrankte sie an einer Lungenentzündung. Mit 33 Jahren klagte Frau N. über rheumatische Beschwerden, die unter der Behandlung ihres Hausarztes innerhalb von drei Jahren verschwanden. Sonst war Frau N. bis zu ihrer Darmerkrankung mit 49 Jahren nie ernstlich krank gewesen.

Mit 5 1/2 Jahren kam Frau N. in die Volksschule in W., die sie vier Jahre lang besuchte. Dann wurde sie Schülerin in einer Realschule, die sie mit der mittleren Reife abschloß. Frau N. ging gerne in die Schule. Sie war eine gute Schülerin. In Mathematik hatte sie immer besonders gute Noten.

Im 16. Lebensjahr begann sie eine 3-jährige Lehrzeit als kaufmännische Angestellte. Nach drei Jahren legte sie 1937 die Kaufmannsgehilfenprüfung ab. In dem Betrieb, in dem sie ihren Beruf gelernt hatte, blieb sie 10 Jahre lang tätig.

1942 heiratete Frau N. einen Polizeibeamten. Die Ehe verlief in den ersten Jahren glücklich und harmonisch. Beide Partner verstanden sich gut. Seitdem Frau N. aber im Jahre 1951 wieder ihren Beruf ausübte, kam es wiederholt zu ehelichen Zwistigkeiten und Spannungen. Die berufliche Mithilfe von Frau N. war in dieser Zeit erforderlich, weil das Verdienst ihres Ehemannes nicht aus reichte, um davon ihr neuerbautes Haus finanzieren und gleichzeitig ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können. Sie arbeitete in einem großen Betrieb als kaufmännische Angestellte. Frau N. hatte dort eine verantwortungsvolle und unruhige Position, denn sie mußte eine Rechenmaschine bedienen und gleichzeitig sämtliche Telefonanrufe, die den Betrieb erreichten, annehmen und weiterleiten. Abends kam sie spät und abgespannt nach Hause. Jetzt begann für sie die Arbeit im Haushalt. Dieser Mehrbelastung war die Patientin nicht gewachsen, sie fühlte sich überfordert und überlastet. Ihr Ehemann brachte dafür wenig Verständnis auf. Aus dieser Ehe gingen zwei Kinder hervor, ein jetzt 21-jähriger Sohn und eine 22 Jahre alte Tochter. Ihr Sohn leistete zur Zeit seinen Wehrdienst ab, ihre Tochter besuche das pädagogische Institut in W. Sie möchte Lehrerin werden.

Jetzige Erkrankung

Im Oktober 1951 begann Frau N. sich nicht recht wohl zu fühlen. Sie klagte über ein "komisches Gefühl" im Unterleib und über Appetitlosigkeit. Nach drei Monaten, im Januar 1952, kam es erstmals zum Auftreten von Durchfällen drei bis vier mal am Tage. Diese Diarrhoe belastete Frau N. von nun an ständig. Im Sommer 1952 fuhr sie mit ihrer Familie in den Urlaub nach Tirol. Während dieser Zeit spürte sie keinerlei Beschwerden. Ihr Stuhlgang war fest geformt. Nach Beendigung des Urlaubes stellten sich jedoch wieder zu Hause und hauptsächlich während der Arbeit Durchfälle ein. Zehn Jahre lang fand sie sich mit diesem Zustand ab. Im Januar 1962 traten zu den Durchfällen noch Leibschmerzen hinzu. Diese wurden von Frau N. als Magenschmerzen gedeutet. So führte sie als Ursache ihrer Beschwerden eine reichliche und schwer verdauliche Mahlzeit an. Nach einer selbstverordneten Diät mit Kamillentee und Zwieback über zwei bis drei Wochen hinaus, nahm sie rapide an Gewicht ab. Es war ihr von diesem Zeitpunkt ab nicht mehr möglich, zu arbeiten. Ihr Hausarzt wies sie nun zur stationären Beobachtung in ein auswärtiges Krankenhaus ein. Während dieses Krankenhausaufenthaltes im September 1963 untersuchte man sie "von Kopf bis Fuß". Die Ärzte fanden aber keinen krankhaften Befund bei Frau N. Innerhalb von vier Monaten verlor sie jetzt 15 Pfund an Gewicht. Zur Besserung ihres Gesundheitszustandes schickte man Frau N. zu einem Kuraufenthalt nach Bad Neuenahr. Dort hörten ihre Durchfälle schlagartig auf. Sie fühlte sich auch insgesamt etwas wohler. Im Sommer 1965 verschlechterte sich der Zustand von Frau N. enorm. Seit Mitte August litt sie an stärksten Durchfällen, an krampfartigen Leibschmerzen und Fieber. Zu diesen Beschwerden trat eine Schwäche hinzu, die sie vollständig ans Bett fesselte. Ihr Hausarzt machte eine Rektoskopie und einen Colonkontrasteinlauf. Er stellte eine Stenosierung am Übergang vom oberen Rektum zum Sigma fest. In den nun folgenden Monaten suchte Frau N. mehrere Ärzte auf, die ihr alle sagten, sie habe eine Darmverkrampfung. Während eines Verwandtenbesuches in Bad Wörrishofen im Oktober 1965 fiel ihr erstmals eine Blutbeimengung in den Stühlen auf.

Im Dezember 1965 wies sie ihr Hausarzt wegen unausstehlicher Schmerzen und wegen ihres unklaren Befundes in die hiesige II. Medizinische Klinik ein. Neben ihren krampfartigen Leibschmerzen spürte sie noch zusätzlich Schmerzen in der rechten Gesäßhälfte. An dieser Stelle zeigte sich eine deutliche Rötung und Vorwölbung.

Diagnose: Periproktischer Abszeß.

Daraufhin wurde die Patientin in die Chirurgische Klinik überwiesen.

Die Patientin befand sich in einem kachektischen Allgemeinzustand. Das Abdomen war deutlich meteoristisch aufgebläht. Im rechten Unterbauch ließ sich eine deutliche Resistenz fühlen, die aber nicht sicher abgrenzbar ist. Es bestand an dieser Stelle auch ein Druckschmerz. Das übrige Abdomen war frei.

Lokalbefund: Massiver periproktischer Abszeß rechts.

Diagnose: Hochgradige Kachexie bei Verdacht auf fortgeschrittenes Sigma-CA, großer periproktischer Abszeß rechts.

Am 4.1.1966 wurde eine fraktionierte Dünndarmpassage durchgeführt. Aufgrund des röntgenologischen Befundes dachte man an eine Ileitis terminalis. Der periproktische Abszeß war inzwischen eröffnet und drainiert worden. Am 17.1.1966 wurde Frau N. operiert. Bei Inspektion des eröffneten Peritoneums bot sich schon makroskopisch das klassische Bild einer Ileitis terminalis. Es wurde eine Ileocoecalresektion mit anschließender End-zu-End-Anastomose durchgeführt. Pathologisch-histologisch lautete die Diagnose: Typischer Morbus CROHN (Ileitis terminalis). Der postoperative Verlauf war durch eine schlechte Heilungstendenz wegen des sich nur langsam wieder bessernden Allgemeinzustandes der Patientin gekennzeichnet. Es bestanden noch längere Zeit dünnflüssige Stühle. Am 26.4.1966 wurde Frau N. entlassen. Man riet ihr zu einer Erholungskur.

Die vertiefte Exploration ergab:

Frau N. war schon als Kind leicht verletzbar, gekränkt und schnell reizbar. Sorgen und Kummer "schluckte sie lieber hinunter", als das sie dies nach aussen zeigte. Ihr Verhalten von klein auf war eher verschlossen und zurückhaltend. Den Haushalt ihrer Mutter und ihren eigenen führte sie mit überdurchschnittlicher Gründlichkeit und Ordnung. Keiner machte es ihr darin gut genug. Alle diese Charaktereigenschaften weisen auf eine zwanghaft geartete Persönlichkeit hin.

Seit ihrer Kindheit hatte Frau N. immer mit Durchfällen zu tun. Jede Art von Aufregung löste bei ihr Durchfall aus. Eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber Hülsenfrüchten, eine vegetative Labilität und eine Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen bestehen ebenfalls seit der Kindheit.

Durch die Lebensentwicklung von Frau N. läßt sich von Anfang an eine übermäßig starke Mutter-Tochter-Verbindung verfolgen, die durch den frühen Tod des Vaters besonders eng und fest geworden ist. Wegen finanzieller Sorgen war im Jahre 1951 die berufliche Mithilfe von

Frau N. erforderlich. Infolge der zweifachen Tätigkeit in Beruf und Haushalt entstand eine chronische Überforderung, die nach einer gewissen Zeit sogar zum Ehekonflikt führte. Während dieser schweren Zeit, in der die Mutter ihre einzige Stütze war, war sie noch zusätzlich durch eine biologische Krise, das Klimakterium belastet. Der Tod ihrer Mutter im Jahre 1965 bedeutete für sie ein schwerer Schicksalsschlag, den sie bis zum Tage der Untersuchung noch nicht ganz überwunden hatte.

Das Zueinandergehörige von Erlebnissen und Krankheitsverlauf ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Krankheitsverlauf		Lebensgeschichte
	Alter	Daten
(Seit der Kindheit bestehend: Durchfälle bei Aufregung-Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber Hülsenfrüchten-vegetative Labilität-Gehörsüberempfindlichkeit)		geb. 1918 Tod des Vaters
		1930
		1940
	24	1942 Heirat
Appetitlosigkeit-Unpässlichkeit.	33	1951 Wieder im Beruf tätig-Überforderung-finanzielle Sorgen durch Hausbau.
Durchfälle	34	1952 Ehekrise-Überlastung in Beruf und Haushalt.
Festgeformte Stühle.	35	1953 Urlaub in Tirol.
Durchfälle		1953 Wieder im Beruf
Durchfälle-Leibschmerzen-Gewichtsverlust.	44	1962 Schwierigkeiten in Beruf und Ehe
Festgeformte Stühle	45	1963 Kuraufenthalt

Krankheitsverlauf

Lebensgeschichte

Alter	Daten
Weiterer Gewichtsverlust 46	1964
Massive Durchfälle 47 mit Blutbeimengungen-krampfartige Leibschmerzen-Fieber-Gewichtsverlust	1965 Tod der Mutter
Operation	17.1.1966
Beschwerdefrei-subjektiv gesund	
Nachuntersuchung	18.4.1967

Psychischer Befund:

Mit Frau N. ist ein guter Kontakt möglich. Psychomotorisch wirkt sie lebhaft und sprudelnd. Ihre Mimik und Gestik ist ausdrucksvoll. Eigenantrieb und Eigen-spontanität sind gesteigert. Emotionell macht sie während der Untersuchung einen zufriedenen Eindruck. Es herrscht eine ausgeglichene Stimmungslage vor. Allerdings gibt die Patientin an, doch noch wiederholt nach der Operation durch ein falsch verstandenes Wort sich gekränkt und verletzt zu fühlen. Sie möchte sich aber in dieser Beziehung jetzt ändern. Es handelt sich bei Frau N. um eine weiche, empfindliche Persönlichkeit mit erhöhter emotioneller Irritierbarkeit. Intellektuell ist sie als gebildet und geistig regsam zu beurteilen. Bei der psychischen Testuntersuchung (Rohrschachtest) ergab sich das Bild einer hysterioiden, affektiv leicht zu überfordernden, introvertierten und irritierbaren Persönlichkeit. Es bestand eine infantile Haltung und sexuelle Unreife. Die Neurosefragebogentests (M.M.Q. und M.P.I.) waren negativ.

Epikrise

Bei der 49-jährigen Patientin handelt es sich um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann schon 1951 im 33. Lebensjahr der Patientin und zeigte dann einen chronisch bis subakuten, schubweisen Verlauf mit langsamer Progredienz. Nach 15 Jahren, im 48. Lebensjahr von Frau N., erreichte die Krankheit ihren Höhepunkt, so daß eine Ileocecalresektion nötig war.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine zwanghafte und affektlabile Persönlichkeit, in deren Biographie sich schwerwiegende berufliche und eheliche Konflikte finden. Diese Konfliktsituationen wurden von der Patientin aufgrund ihrer empfindlichen und verletzbaren Charakterstruktur besonders intensiv erlebt und verarbeitet und können somit im Rahmen der Gesamtkrankheit als übermäßige Belastung angesehen werden. Auch in diesem Fall läßt sich eine traktusspezifische Labilität nachweisen, die sich in einer bis in die Kindheit zurückreichenden Neigung zu Magen-Darmstörungen und in einer Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen, in einer vegetativen Labilität und in einer Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen zeigt. Das gleichzeitige Vorkommen der Beeinträchtigung dieses Organsystems und der affektlabilen, zwanghaften Persönlichkeit kann als Ausgangsstadium eines sich dann später verschlimmernden Leidens angesehen werden, aus dem die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit hervorgeht.

Fall Nr. 3:

M.N., 34 Jahre, verheiratet, Maurerpolier

Herr M. wuchs als Einzelkind in nicht sehr glücklichen Verhältnissen auf. Zwischen Vater, einem Spengler von Beruf, und Mutter kam es wiederholt zu Spannungen. Im Jahre 1944 ging die Ehe der Eltern auseinander. Von da an lebte Herr M. mit seiner Mutter vorübergehend allein zusammen. 1948 heiratete seine Mutter zum 2. Male. Mit seinem Stiefvater, einem Werkmeister im Sägewerk, verstand sich Herr M. sehr schlecht. Wiederholt kam es zu Streitigkeiten zwischen ihnen. Sein Stiefvater, ein schnell aufbrausender und launischer Mensch misshandelte öfters seinen Stiefsohn vor den Augen der Mutter. Die 2. Ehe seiner Mutter war auch nicht glücklich. Herr M. stand während dieser schweren Zeit immer seiner Mutter bei, er verehrte sie sehr. Es war für ihn der einzige Mensch, zu dem er Vertrauen hatte. 1954 operierte man seine Mutter an einem Mammacarcinom. Nach einjährigem Siechtum starb sie im April 1955.

Die Geburt und die Kindheitsentwicklung verliefen regelrecht. Bis zu seinem 13. Lebensjahr war Herr M. ein "Bettnässer".

An Kinderkrankheiten hatte er nur die Masern. Im Jahre 1963 wurde eine Appendektomie und im Jahre 1965 eine Hämorrhoidenoperation bei ihm vorgenommen.

Herr M. besuchte acht Jahre die Volksschule. Dann war es sein sehnlichster Wunsch, Autoschlosser zu werden. Sein Stiefvater hielt diesen Beruf aber für wenig sinnvoll. Deswegen begann Herr M. eine 3-jährige Maurerlehre, die er 1950 mit der Gesellenprüfung abschloß. Er arbeitete sich inzwischen bis zum Maurerpolier hoch. Sein jetziger Chef kennt ihn als einen fleissigen, pflichtbewussten und pünktlichen Maurer.

1961 heiratete er eine Kontoristin. Seine Ehefrau arbeitete noch vormittags vier Stunden in ihrem Beruf. Die Ehe bezeichnete Herr M. als glücklich und zufrieden. Er sei eher ruhig und still, seine Frau dagegen energisch und aktiv. Im November 1962 brachte seine Frau einen Sohn zur Welt. Nach zehn Tagen verstarb dieser an einer Nabelsepsis. Dieser frühe Verlust seines Sohnes ging ihm sehr nahe. Es beunruhigte ihn vor allem, daß seine Frau das alles miterleben mußte, da sie ja neun Monate dieses Kind getragen hatte.

Jetzige Erkrankung:

Im Juni 1955 verspürte Herr M. zum ersten Mal Schmerzen im Mittel- und Oberbauch und Atembeklemmungen. Sein Hausarzt deutete diese Beschwerden als vegetative Störungen. Er verordnete dem Patienten "viele Tabletten". Eine Besserung seines Zustandes trat daraufhin nicht ein. Die Schmerzen waren nun über Monate und Jahre hinaus vorhanden. Ende des Jahres 1957 bemerkte Herr M. kolikartige Schmerzen im rechten Unterbauch. Er nahm daraufhin eine selbstverordnete Diät ein und glaubte eine gewisse Linderung seiner Beschwerden zu verspüren. Vom Jahre 1958 bis 1960 traten diese kolikartigen Schmerzen zwei bis drei mal im Jahre auf. Ende des Jahres 1959 führte sein Hausarzt einen Kontrasteinlauf des Dickdarmes durch. Er stellte eine Entzündung dieses Darmabschnittes fest. Auf die daraufhin verabreichte Diät erfolgte eine Besserung. Von diesem Jahre an bemerkte Herr M. ein ständiges unangenehmes Kullern und Quatschen im Bauch. Es fiel ihm auf, daß seine rechte Bauchseite stärker aufgebläht war als die linke. Er fühlte sich tagsüber müde, schlapp und apathisch. Während dieser Zeit verlor er massiv an Gewicht. Herr M. war so geschwächt, daß er nicht mehr zur Arbeit gehen konnte. Anfang des Jahres 1963 wurden seine Beschwerden so schlimm, daß ihn sein Hausarzt in ein aus-

wärtiges Krankenhaus einwies. Dort entfernte man ihm die Appendix. Es bestanden aber weiterhin seine Beschwerden. Herr M. suchte sich daraufhin einen neuen Hausarzt, der ihn zu einer Kur nach Bad Kissingen schickte. Doch sein Zustand besserte sich auch nach diesem Kuraufenthalt nicht. Er klagte von nun an über eine zunehmende Obstipation.

Am 21. Juni 1965 verspürte Herr M. unerträgliche, krampfartige Schmerzen im rechten Unterbauch, die sich gürtelförmig bis zum linken Unterbauch ausbreiteten. Der Stuhlgang war abwechselnd dünn und dick. Sein Hausarzt ordnete daraufhin eine Aufnahme in die II. Medizinische Universitätsklinik an. Dort erhob man folgenden Befund. Es wurden starke Durchschmerzen im rechten und linken Unterbauch angegeben. Im Bereich der rechten Iliacalregion war eine deutliche Resistenz zu tasten. Das Röntgenbild des Darmes bot das Bild einer chronischen Colitis im Sigma sowie einer chronischen Entzündung im terminalen Ileum.

Diagnose: Darmfistel zwischen terminalem Ileum und Colon sigmoideum bei chronischer Ileitis und Colitis.

Herr M. wurde daraufhin in die Chirurgische Klinik verlegt. Am 22.7.1965 erfolgte die Operation. Es wurde eine Hemikolektomie mit Seit-zu-Seit-Anastomose durchgeführt. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um eine Enteritis regionalis mit Beteiligung des Colons. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Am 16.8. 1965 wurde der Patient nach Hause entlassen. Herr M. war bis zum Tag der Untersuchung am 26.4.1967 vollkommen beschwerdefrei.

Die vertiefte Exploration ergab:

Herr M. war schon als Kind leicht verletzbar und empfindlich. Der Umwelt gegenüber war er voller Hemmungen und verrschlossen. Er liebte es alleine zu sein, Freunde hatte er keine. Er war ein typischer Einzelgänger. Kummer und Sorgen, die er reichlich hatte, vergrub er in seinem Innersten, er belästigte keinen Menschen damit. Seine Arbeit als Maurer erledigte er äusserst genau und gewissenhaft. Alle diese Charaktereigenschaften weisen auf eine selbstunsichere, zwanghafte Persönlichkeit mit asthenischen Einschlägen hin.

Seit der Kindheit litt Herr M. an Durchfällen. Traurige wie freudige Ereignisse lösten bei ihm regelmässig Durchfall aus. Eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber Koffein und Alkohol besteht seit ungefähr 15 Jahren. Bei lauten Geräuschen reagierte er schon immer überempfindlich.

Das Stiefvater-Stiefsohnverhältnis ist für die Lebensentwicklung des Patienten von besonderer Bedeutung. Es ist von Anfang an gespannt. Sein Stiefvater, ein unbeherrschter und launischer Mensch, mißhandelte ihn oft vor den Augen der Mutter. Bis zu seiner Ehe mußte Herr M. viel Unschönes über sich ergehen lassen. Sogar seine Berufspläne mußte er wegen des Stiefvaters ändern. Alle diese Symptome lassen sich als Ausgangsstadium auffassen.

Das Zueinandergehörige von Erlebnissen und Krankheitsverlauf ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Krankheitsverlauf	Lebensgeschichte
Alter	Daten
(Seit der Kindheit bestehend: Durchfallneigung bei 12 Aufregung-Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber 16 Koffein und Alkohol-Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen)	geb. 1932 1944 Ehe der Mutter wird geschieden 1948 Mutter heiratet zum 2. Male-Spannungen mit dem Stiefvater
Schmerzen im Mittel- und Oberbauch- Atembeklemmung- 23 kolikartige Schmerzen 25 im rechten Unterbauch	1955 Tod der Mutter 1957 Mißstimmigkeiten mit dem Stiefvater
Kolikartige Schmerzen- 27 "Kullern und Quatschen" im gesamten Abdomen-Meteorismus-Müdigkeit-Schwäche-Gewichtsverlust	1959
29	1961 Heirat
Unausstehliche 30 Schmerzen im rechten Unterbauch-Krankenhausaufnahme erforderlich	1962 Tod seines 10 Tage alten Sohnes

Krankheitsverlauf	Lebensgeschichte
Alter	Daten
Weiterhin uner- trägliche Schmer- zen im rechten Un- terbauch-abwechselnd Durchfall mit Ver- stopfung	1965
Operation	22.7.1965
Beschwerdefrei-sub- jektiv gesund	
Nachuntersuchung	26.4.1967

Psychischer Befund:

Nach Überwindung einer anfänglichen Scheu ist mit Herrn M. ein guter Kontakt möglich. Er berichtet dann bereitwillig und ausführlich von seiner Krankheit und persönlichen Entwicklung. Während der Untersuchung wirkt er etwas schwunglos und träge. Seine Mimik wirkt ausdrucksarm. Er macht einen ersten und verschlossenen Eindruck. Es besteht eine emotionelle Irritierbarkeit. Intellektuell entspricht er wohl dem Bildungsgrad.

Die psychologische Testuntersuchung (Rohrschachtest) zeigte eine ambivalente Haltung zum Stiefvater, eine Unsicherheit und Introversion. Es bestanden affektlabile und zwanghafte Züge.

Epikrise

Bei dem 34-jährigen Patienten handelt es sich um eine Enteritis regionalis, die im Jahre 1955 im 23. Lebensjahr von Herrn M. begann, dann einem subakuten, wechselhaften, progredienten Verlauf nahm, bis nach 10 Jahren im 33. Lebensjahr 1965 die Darmresektion erforderlich wurde.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine selbstunsichere, zwanghafte Persönlichkeit, in dessen Biographie schon früh ein gravierender Familienkonflikt und kurz vor Ausbruch der Symptomatik eine Schicksals-situation auf gleicher Ebene sich nachweisen lassen. Bei der verletzbaren und empfindlichen Charakterstruktur des Patienten bekommen Konflikt und Schicksals-situation ein besonderes Gewicht und stellen einen nicht gering zu veranschlagenden Faktor für Krankheitsentstehung und Krankheitsentwicklung dar. So muß die in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Magen-Darmstö-

rungen, die Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen und die Gehörsüberempfindlichkeit als traktus-spezifische Labilität aufgefasst werden. Sie weist neben der zwanghaft gearteten, selbstunsicheren Persönlichkeit darauf hin, daß es sich um das Ausgangsstadium einer sich daraus entwickelnden Erkrankung handelt, aus dem dann die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit entsteht.

Fall Nr. 4:

M.F., 39 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Frau M. wurde in einer Rheinschifferfamilie groß. Ihr Vater ein herzenguter, verständnisvoller und ruhiger Mann starb im Alter von 74 Jahren an einer Lungenentzündung. Ihre Mutter bezeichnete sie als eine überdurchschnittliche saubere, ordentliche und korrekte Frau. Frau M. besitzt noch zwei lebende Geschwister, vier Brüder sind im letzten Weltkrieg gefallen.

Geburt und Kindheitsentwicklung verliefen regelrecht. Ein Charakterzug war allerdings schon damals auffällig. Sie hatte schon als Kind einen ausgeprägten "Sauberkeitsfimmel". "Das Kleid, das ich anfangs der Woche trug, war am Samstag noch nicht schmutzdelig".

An Kinderkrankheiten hatte Frau M. die Masern, die Diphtherie und gehäuft Anginen. Im 19. Lebensjahr bekam sie zum 2. Male die Diphtherie. Mit 18 Jahren erkrankte sie an einer Meningitis und im 29. Lebensjahr entfernte man ihr die Appendix.

Nach acht Jahren Volksschule besuchte sie drei Jahre lang die Frauenfachschule. Bis zur Heirat half sie ihrer Mutter im Haushalt. Im Jahre 1950 (22 Jahre alt) heiratete sie einen technischen Angestellten bei der französischen Botschaft. Durch seinen Beruf war ihr Ehemann oft auf Reisen, so daß er manchmal nur am Wochenende bei seiner Familie sein konnte. Trotzdem führten beide eine glückliche und harmonische Ehe. Aus dieser Ehe gingen zwei Töchter hervor, die jetzt im Alter von 16 und 6 Jahren sind. - Seit einer Telecobaltbestrahlung der Patientin (1965) kam es zwischen den beiden Eheleuten zu keinem Geschlechtsverkehr mehr.

Frau M. bekam mit 12 Jahren ihre 1. Periode. Bis zu der genannten Bestrahlung verlief die Periode immer regelmässig.

Jetzige Erkrankung

Im Frühjahr 1958 spürte Frau M. zum 1. Male Schmerzen in der Nabelgegend während einer Einladung beim französischen Konsul. Besonders beim Lachen traten diese Beschwerden auf. Es kam auch zum Erbrechen. Nach erfolgloser Behandlung durch Ihren Hausarzt wurde Ostern 1958 die Appendektomie durchgeführt. Nach diesem Eingriff besserte sich jedoch der Zustand der Patientin nicht. 1960 kam sie zu einem Gynäkologen in Behandlung, der eine Uterusknickung feststellte. Diese wurde in einem auswärtigen Krankenhaus beseitigt. Doch die Beschwerden von Frau M. bestanden weiterhin. Sie empfand jetzt im rechten Unterbauch krampfartige Schmerzen. Sie hatte ein Gefühl, "als ob im Bauch ein großes Ei säße". Im November 1964 traten nach einer erneuten gynäkologischen Untersuchung zu den bekannten Schmerzen im rechten Unterbauch Schüttelfrost und verstärktes Erbrechen hinzu. Anfang des Jahres 1965 überwies sie der Hausarzt in ein auswärtiges Krankenhaus. Dort stellte man nach Eröffnung der Bauchhöhle einen Tumor im präterminalen Ileum fest. Die histologische Schnellschnittdiagnose soll den Befund eines bösartigen Tumors ergeben haben. Man operierte daraufhin nicht weiter, sondern ordnete eine fraktionierte Telecobaltostrahlung an. Nach der 6. Bestrahlung kam es zu makroskopisch sichtbaren Blutbeimengungen im Stuhl und zu massiven Durchfällen. Frau M. wurde jetzt in die Chirurgische Universitätsklinik überwiesen. (Ende September 1965.) Die daraufhin durchgeführte fraktionierte Dünndarmpassage sprach den Verdacht auf eine Ileitis terminalis aus. Am 19.10. 1965 operierte man Frau M. Es wurde eine Seit-zu-Seit Ileotransversokolostomie mit Resektion des ersten Ileotransversokolostomiums im Ileum vorgenommen. Pathologisch-histologisch entsprach das Gewebsbild einer Ileitis terminalis. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Frau M. klagte nach dem Eingriff über Durchfälle und Rückenschmerzen. Am 4.12.1965 wurde die Patientin wegen eines Malabsorptionssyndroms wieder in die Klinik aufgenommen. In der II. Medizinischen Klinik erreichte man nach rigoröser Diät und Medikamentenabsetzung einen normalen Stuhlgang und Gewichtszunahme. Am 19.4.1966 kam die Patientin erneut in die Klinik. Man beseitigte die Folgeerscheinungen der Strahlenreaktion (Adhäsionen). Frau M. hatte bis zum Tage unserer Untersuchung weiter mit Durchfällen zu tun (3.5.1967).

Die vertiefte Exploration ergab:

Frau M. war schon als Kind überempfindlich, schnell reizbar und verletzbar. Sorgen und Kummer zeigte sie nicht nach aussen, sondern vergrub diese in ihrem Innersten. In Umgebung vieler Menschen und bei Festlichkeiten fühlte sie sich nicht wohl. Sie war am liebsten bei ihrer Familie zu Hause. Ihr Haushalt ist ihr Hobby. Darin ist sie überdurchschnittlich genau, gründlich und sauber. Keiner kann es ihr gut genug machen. Die gesamte Familie kennt ihren Putzfirmel und hat darunter zu leiden. Ihre Kinder pflegte sie bis zum Alter von zehn Jahren täglich mit Sagrotan abzuwaschen. --

Alle diese Charaktereigenschaften lassen eine zwanghaft abnorme Persönlichkeit mit asthenischer Komponente erkennen.

Seit der Kindheit leidet Frau M. an Appetitstörungen und Durchfällen. Jede kleinste Aufregung führt bei ihr zum Abgang von dünnen Stühlen. Eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber Salat, sauren Speisen und gebackenem Fisch, eine Geruchstüberempfindlichkeit gegenüber Kaffee, Kohl und jeder Art von Fisch, eine Hörempfindlichkeit des Gehörorgans gegenüber lauter Musik bestehen von klein auf. Eine vegetative Labilität ist ebenfalls seit der Kindheit bekannt. Biographisch entscheidende Erlebniskorrelationen liessen sich bei der Patientin nicht nachweisen.

Psychischer Befund

Mit der Patientin ist ein guter Kontakt zu erreichen. Ihre Psychomotorik wirkt hastig und zerfahren, von einer inneren Unruhe getrieben. Der Eigenantrieb scheint etwas gesteigert. Emotionell macht die Patientin einen weichen, affektilabilen und ängstlichen Eindruck. Während der Untersuchung herrscht eine subdepressive, klagende Stimmung vor. Ihr Gesamtverhalten wirkt unsicher. Intellektuell entspricht sie wohl dem Durchschnitt. Die psychologische Untersuchung deckte an Hand des Rohrschachtels eine hypochondrische Verhaltensweise auf. Frau M. neigte zu Angstreaktionen und Perseverationen. Ihre Aggressionsthematik war verdrängt. Affektiv war sie eingeengt, unsicher und anklammerungsbedürftig. Der M.P.I.-Fragebogen test zeigte einen geringen Neurotizismus. Der M.M.Q.-Fragebogen test war negativ.

Epikrise

Es handelt sich bei der 39-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann 1958 im 30. Lebensjahr, verlief zunächst subakut, intermittierend, bis im Jahre 1965 im 37. Lebensjahr die Darmresektion vorgenommen wurde.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine anankastische abnorme Persönlichkeit. Bei Betrachtung der Lebensentwicklung von Frau M. lassen sich von Kind an zwanghafte Charakterzüge erkennen, die sich in späteren Jahren bis zum Waschwang steigerten. Dieser Zwang beeinträchtigt die Patientin und ihre Familie gleichermaßen. Durch die vertieft biographisch orientierte Exploration konnte eine Labilität des Magen-Darmtraktes (traktusspezifische Labilität) in Form einer Überempfindlichkeit gegenüber Salat, sauren Speisen und Fisch, in Form einer Neigung zu Durchfällen bei Aufregung, in Form einer Überempfindlichkeit des Geruchorgans bei Kaffee, Kohl und Fisch, in Form einer vermehrten Anfälligkeit des Hörorgans und in Form einer vegetativen Labilität festgestellt werden. Der Nachweis dieser traktus-spezifischen Labilität kann in Verbindung mit der anankastisch abnormen Persönlichkeit als Ausgangsstadium angesehen werden, von dem aus dann, wie bei den vorhergehenden Fällen, die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit entsteht.

Fall Nr. 5:

Sch.I., 25 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Frau Sch. verlebte eine recht strenge Kindheit und Jugend. Ihr Vater, ein Notenstecher von Beruf, sah bei ihr und den beiden älteren Brüdern sehr auf Pünktlichkeit, Ordnung und Gehorsam. Geburt und Kindheitsentwicklung verliefen regelrecht. In der Volksschule, die sie acht Jahre lang besuchte, war sie eine durchschnittliche Schülerin. Während der Schulzeit und später im Beruf war Frau Sch. immer etwas gehemmt, unsicher und verschlossen. Nach dem Schulabschluß ging sie ein Jahr lang auf die Frauenarbeitschule. Im Anschluß an dieses Jahr arbeitete sie als Hausangestellte vorübergehend bei einem Pfarrer. Während dieser Zeit kam ihr der Gedanke, Schwester zu werden. Im Jahre 1958 begann sie daraufhin an den Universitätskliniken in Mainz ihre Ausbildung als Schwester. In den folgenden Wochen und Monaten hatte sie jedoch große Schwierigkeiten, ihr Pensum als Schwesternschülerin zu schaffen. "Meine Kolleginnen kapierten das alles viel schneller als ich". Sie lebte damals in einer ständigen Angst, wegen ihrer langsamen Auffassungsgabe

vielleicht doch noch ihre Ausbildung abschließen zu können. Frau Sch. hatte große Begeisterung für ihren Beruf, sie wollte ihn unbedingt erlernen.

Im Januar 1960 ereignete sich ein Zwischenfall, der ihr noch lange Zeit belastete. Frau Sch. hatte damals sechs Jungen in der Nervenklinik zu beaufsichtigen. Einer dieser Buben, den sie besonders in das Herz geschlossen hatte, lief ihr aus unerklärlichen Gründen einfach weg. Spät in der Nacht kam der Junge erst wieder in die Klinik zurück. Frau Sch. machte sich wegen dieses Vorfalls die bittersten Vorwürfe. Sie meinte, ihre Aufsichtspflicht auf's grösste verletzt zu haben. noch tage- ja wochenlang suchte sie bei sich die Schuld. - Ihren Beruf konnte Frau Sch. nicht zum Abschluß bringen, da sie im 2. Schwesternschülerinnenjahr ihre Darmkrankheit bekam.

Im Jahre 1961 heiratete Frau Sch. einen Krankenpfleger, den sie in Krankenhaus kennenlernte. Ihre Ehe, aus der zwei Mädchen im jetzigen Alter von fünf und zwei Jahren hervorgegangen sind, bezeichnete sie als glücklich und zufrieden.

Seit der Heirat im Jahre 1961 wechselte Familie Sch. schon fünfmal ihren Wohnsitz. Dieser Wohnungswechsel hing mit der beruflichen Tätigkeit ihres Ehemannes zusammen. Dieser war hauptsächlich als Agent eines Spionagedienstes in der Bundesrepublik eingesetzt. Diese Tätigkeit führte ihren Mann in viele deutsche Städte. Im Laufe der Zeit sah Herr Sch. die Unsinnigkeit seines Berufes und die verteilte Meinung seiner "Arbeitgeber" ein. Er wurde 1962 deutscher Staatsbürger und trennte sich ganz von der Spionage.

Jetzige Erkrankung

Im Februar 1960 befiel Frau Sch. zum ersten Mal Schmerzen in rechten Unterbauch. Dabei war ihr sehr übel. Diese Beschwerden waren jetzt ständig vorhanden. Am 11.5. 1960 wurden ihre Unterbauchschmerzen so stark, daß man sie in die Chirurgische Universitätsklinik einwies. Neben den Schmerzen bestanden Übelkeit, Erbrechen und Fieber. Die Patientin wurde unter der Verdachtsdiagnose Appendizitis operiert. Diese Diagnose bestätigte sich bei Eröffnung der Bauchhöhle, die Appendix wurde entfernt. Am 20.5.1960 entließ man die Patientin nach Hause. Einen Tag nach der Entlassung waren Frau Sch. plötzlich heftige Fieber und starke Schmerzen im gesamten Abdomen. Man brachte die Patientin sofort wieder in die Klinik.

Es bestand eine mittlere Bauchdeckenspannung und eine intensive Schmerzhaftigkeit beim Palpieren. Die Region der Appendektomienarbe war erheblich angeschwollen und gerötet.

Diagnose: Wundabszess.

Am 25.5.1960 erfolgte die Entlassung auf Veranlassung des Abszesses. Bis zum Sommer 1960 hatte Frau Sch. keinerlei Beschwerden. Mitte November verspürte sie erneut heftige Schmerzen im rechten Ober- und Mitteldarm. Sie erbrach sauer. In der Chirurgischen Universitätsklinik (Einzulassung am 17.11.1960) fand man einen weichen Leib, eine prall gespannte Appendektomienarbe. Es bestand jedoch eine Stenoseapendizektomie. Am 21.11.1960 wurde eine fraktionierte Appendektomie gemacht. An Hand des Röntgenbildes hatte man den Verdacht auf eine Ileitis terminalis. Da die Patientin nach einigen Tagen beschwerdefrei war, entließ man sie nach Hause, um nach vier Wochen wieder zu einer stationären Kontrolluntersuchung zu erscheinen. Die am 21.12.1960 durchgeführte fraktionierte Appendektomie sprach eindeutig für eine Ileitis terminalis. Die Patientin wurde zur weiteren konservativen Behandlung in die I. Medizinische Klinik verlegt. Frau Sch. war seit ihrer Entlassung aus der Medizinischen Klinik bis zu unserer Untersuchung am 28.4.1961 beschwerdefrei.

Die vertiefte Exploration ergab:

Frau Sch. war schon als Kind robust, genossen, leicht verletzbar und empfindlich. Ihre Mutter prägte sie "Mimöchen" zu nennen. Viele Menschen und Geselligkeit hatte sie nicht, sie war mehr ein stiller, verschlossener, passiver Typ, der gerne für sich alleine war. Diese Charaktereigenschaften wiesen auf eine selbstunsichere, verschlossene Persönlichkeit hin.

Seit ihrer Kindheit hatte Frau Sch. an Appetitstörungen zu leiden. Am meisten haben sich keine sauren Speisen essen. Eine vegetative Labilität und eine Gehörüberempfindlichkeit trübten ebenfalls von klein auf.

Die Berufsentwicklung der Frau Sch. von untergeordneter Bedeutung. Während der Ausbildung als Buchhaltersternschülerin kommt es zum Versagen. Trotz großer Anstrengung scharft sie die geforderte Reife nicht. Es entsteht insofern ein Berufsproblem, als Frau Sch. trotz des beruflichen Versagens am Karriereweg festhalten will, Krankenschwester zu werden. Das gelingende aber erreicht sie aber nicht.

Das Zueinandergehörige von Erlebnissen und Krankheitsverlauf ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Krankheitsverlauf	Lebensgeschichte
Alter	Daten
(Seit der Kindheit bestehend: Appetitstörungen-Gehörsüberempfindlichkeit-vegetative Labilität)	geb. 1942
16	1958 Beginn der Ausbildung als Schwesternschülerin-Berufskonflikt
Schmerzen im rechten Unterleib-Erbrechen-Fieber 18	1960 Ein Junge, den die Patientin zu beaufsichtigen hat läuft ihr weg und bleibt einen halben Tag verschwunden
Ileitis terminalis röntgenologisch festgestellt-konservative Behandlung	21.11.1960
Nachuntersuchung Beschwerdefrei-subjektiv gesund	28.4.1967

Psychischer Befund:

Nach anfänglicher Befangenheit und Scheu ist mit Frau Sch. ein einigermaßen guter Kontakt möglich. Bei der einsilbigen, antriebsarmen Patientin fällt eine spärliche Psychomotorik auf. Ihre Mimik wirkt ausdrucksarm. Emotionell macht Frau Sch. einen weichen, affektilabilen Eindruck. Es steht eine mehr ernste und gedrückte Stimmungslage im Vordergrund. Intellektuell macht sie einen wenig differenzierten Eindruck.

Bei der psychologischen Untersuchung zeigten sich im Rohrschachtest Kontaktschwierigkeiten, eine ambivalente Mutterbeziehung und eine affektive Labilität. Es bestand weiterhin eine gesteigerte Selbstbeobachtung. Der M.P.I.-Fragebogentest deckte eine geringgradige neurotische Tendenz auf. Der M.M.Q.-Fragebogentest war negativ.

Epikrise

Es handelt sich bei der 25-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis, die im Februar 1960 im 18. Lebensjahr begann und dann über vier Monate einen subakuten Verlauf nahm, bis man Ende Mai 1960 die Appendektomie vornahm. Nach Behandlung eines postoperativ entstandenen Wundabszesses war die Patientin bis zum Herbst 1960 beschwerdefrei. Mitte November setzte ein akuter Schub ein, der eine erneute Klinikaufnahme erforderlich machte. An Hand des Röntgenbildes (fraktionierte Dünndarmpassage) erkannte man eine Ileitis terminalis und behandelte die Patientin wegen des sich inzwischen bessernden Krankheitsbildes konservativ. Seitdem war sie beschwerdefrei.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich bei der Patientin um eine selbstunsichere Persönlichkeit mit angedeuteten zwanghaften Zügen und einem Berufskonflikt auf dem Boden dieser Persönlichkeitsstruktur. An Hand der Biographie konnte eine schon von Kind an bestehende leicht verletzbare und empfindliche Charakterstruktur mit einer Neigung zu schwerer und intensiver Erlebnissfähigkeit nachgewiesen werden. Die Persönlichkeitszüge dürften nicht unwesentlich für den Konflikt während der Berufsausbildung verantwortlich sein, der nun wiederum nicht gering an dem Krankheitsgeschehen beteiligt sein dürfte. Eine bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Appetitstörungen, eine Unverträglichkeit gegenüber sauren Speisen, eine vegetative Labilität und eine Gehörsüberempfindlichkeit weisen auf eine traktuspezifische Labilität hin, die mit dem gleichzeitigen Vorkommen der selbstunsicheren Persönlichkeit ein Ausgangsstadium eines sich später entwickelnden Leidens erkennen lassen, aus dem die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit hervorgeht.

Fall Nr. 6:

Sch.T., 55 Jahre, verheiratet, Hausfrau

Frau Sch. wuchs im Kreise von acht Geschwistern in ähnlichen Verhältnissen auf. Ihr Vater, ein Fabrikarbeiter, starb im Alter von 61 Jahren an einem Herzleiden. Frau Sch. war damals 16 Jahre alt. Der Vater war ein überkorrekter, genauer, ordentlicher Mensch, der oft stundenlang über gewisse Dinge nachgrübeln konnte. Ihre Mutter, eine heissengute und fleißige Frau, verstarb 1943 an den Folgen einer Unterleibsoperation. Zu ihr hatte Frau Sch. ein besonders herzliches und inniges Verhältnis. Zwei Brüder der Patientin kamen während des letzten Weltkrieges um, ein weiterer Bruder starb vor 15 Jahren an einer unklaren Infektion.

Geburt und Kindheitsentwicklung verliefen ohne besondere Auffälligkeiten.

Frau Sch. bekam ihre 1. Periode mit 14 Jahren, seit sechs Jahren ist sie in der Menopause.

An Kinderkrankheiten machte sie die Masern und die Mumps durch. 1949 führte man eine subtotale Unteramputation wegen eines großen Myoms in einem auswärtigen Krankenhaus durch.

Frau Sch. besuchte acht Jahre lang die Volksschule. Nach dem Schulabschluß half sie ihrer Mutter im Haushalt.

Seit 1939 war Frau Sch. in erster Ehe mit einem Autoschlosser verheiratet. Ihr Mann, mit dem sie eine glückliche Ehe führte, fiel im letzten Krieg. Aus dieser Ehe hat sie vier Kinder. Im Jahre 1951 heiratete die Patientin zum 2. Male. Mit ihrem jetzigen Mann, einem Steinbrucharbeiter, kam es in den letzten Jahren wiederholt zu Spannungen. Grund für diese Unstimmigkeiten war die geistige Überlegenheit der Patientin.

Jetzige Erkrankung:

Seit Ostern 1965 spürte Frau Sch. ziehende Schmerzen im gesamten Abdomen. Sie bemerkte, daß ihr Stuhl nicht mehr so geformt war wie früher. Im November des gleichen Jahres nahmen ihre Beschwerden zu. Neben den Schmerzen bestanden jetzt Durchfälle, Übelkeit und Erbrechen. Der Hausarzt wies die Patientin daraufhin in ein auswärtiges Krankenhaus ein. Dort stellte man einen eitrigen Prozess im linken Unterbauch fest, der einer antiphlogistischen Behandlung zurück-

ging. Nach diesem Krankenhausaufenthalt waren ihre Beschwerden aber noch in der derselben Stärke vorhanden. Im Juni 1965 erfolgte eine erneute stationäre Behandlung in diesem Krankenhaus wegen der ständigen Schmerzen, jedoch ohne Erfolg. Ende Februar 1966 wurde in einer anderen Klinik eine inzwischen aufgetretene Anämie erfolgreich behandelt. Die Schmerzen bestanden weiterhin. Zu den Durchfällen, dem Erbrechen und den Schmerzen kamen jetzt ein massiver Gewichtsverlust und eine allgemeine Schwäche hinzu. Im Juni 1966 ordnete ihr Hausarzt wegen der unerträglichen Schmerzen im Abdomen eine nochmalige Krankenhauseinweisung an. Die Chirurgen diagnostizierten einen vom Coecum ausgehenden inoperablen Tumor und legten eine Ileotransversostomie an. Der Hausarzt von Frau Sch. zweifelte jedoch an dieser Diagnose und überwies die Patientin in die Chirurgische Universitätsklinik zur eventuellen Revision des Abdomens.

Es bestand ein kleinkindskopfgroßer, sehr druckempfindlicher Tumor im rechten Mittel- und Unterbauch, der gut abgrenzbar war. Am 13.2.1967 machte man einen Colonkontrasteinlauf. Die Ileotransversostomie kam gut zur Darstellung. Es war ein Konglomerattumor im rechten Unterbauch sichtbar, der die rechte Colonflexur, die Appendix und das distale Ileum mit einbezog.

Am 22.2.1967 wurde Frau Sch. operiert. Man führte eine Hemikolektomie durch. Pathologisch-histologisch entsprach das Gewebsbild einer Enteritis regionalis. Am 7.3.1967 wurde die Patientin nach postoperativem ungestörtem Verlauf entlassen. Frau Sch. war bis zum Tage unserer Untersuchung vollkommen beschwerdefrei.

Die vertiefte Exploration ergab:

Frau Sch. war schon als Kind empfindlich und schnell "eingeschnappt". Sorgen und Kummer vergrub sie in sich, sie wollte keinen Menschen damit belasten. Von klein auf besaß Frau Sch. einen ausgeprägten "Sauberekeitsfimmel", der sich im 16. Lebensjahr zu einem Waschzwang steigerte. Dieser war nach zwei Jahren wieder überwunden. Alle diese Charaktereigenschaften weisen auf eine zwanghaft geartete Persönlichkeit hin.

Seit der Kindheit leidet Frau Sch. an Durchfällen. Fisch und saure Speisen verträgt sie ebenfalls von klein auf nicht. Eine vegetative Labilität und eine Überempfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen bestehen ebenfalls seit der Kindheit.

Die Lebensentwicklung von Frau Sch. ist durch einige schwere Schicksalsschläge wie den Tod ihres 1. Ehemannes und drei ihrer Brüder gekennzeichnet. Die 2. Ehe der Patientin ist nicht sehr glücklich, denn durch ihre

geistige Überlegenheit in der Ehe kommt es zu Spannungen und einer ambivalenten Haltung dem Ehemann gegenüber.

Das Zueinandergehörige von Erlebnissen und Krankheitsverlauf ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Krankheitsverlauf	Lebensgeschichte
	Daten
	geb. 1912
(Seit der Kindheit bestehend: Durchfälle-Unverträglichkeit von Fisch und sauren Speisen-vegetative Labilität-Gehörsüberempfindlichkeit	26 1938 Heirat
	28 1940 1. Ehemann gefallen
	32 1944 Zwei Brüder gefallen-ein Bruder gestorben
	39 1951 Frau Sch. heiratet zum 2. Male
	48 1960 Spannungen in der Ehe
Schmerzen im gesamten Abdomen-Durchfälle-Übelkeit-Erbrechen	53 1965 Ehe ihrer Tochter geht auseinander. Patientin hat besonders inniges Verhältnis zur Tochter
Anämie-Schwäche-Gewichtsverlust-Durchfälle	54 1966
Unverträgliche Schmerzen	1967
Operation	22.2.1967
Beschwerdefrei, subjektiv gesund	
Nachuntersuchung	25.4.1967

Psychischer Befund:

Nach Überwindung einer anfänglichen Scheu und Befangenheit ist mit Frau Sch. ein guter Kontakt zu erreichen. Ihre Psychomotorik wirkt spärlich und ausdrucksarm. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist gering. Eigenspontanität und Eigenantrieb sind vermindert. Sie erzählt mit leiser, wenig modulierter Stimme. Emotionell macht sie einen weichen eher labilen Eindruck. Es herrscht ein trauriges, besorgtes Stimmungsbild vor. Intellektuell entspricht sie weitgehend dem Durchschnitt.

Der Rohrschachttest und die Neurosenfragebogentests konnten bei der Patientin nicht durchgeführt werden, da sie unserer zweimaligen Aufforderung, deswegen in der Klinik zu erscheinen, nicht nachkam.

Epikrise

Es handelt sich bei der 55-jährigen Patientin um eine histologisch gesicherte Enteritis regionalis, die 1965 im 53. Lebensjahr einsetzte, in den ersten Monaten schleichend verlief, dann aber eine stetige Progredienz zeigte. Nach mehreren therapeutisch erfolglosen Krankenhausaufenthalten wurde die Patientin im Februar 1967 hemikolektomiert. Seit der Operation war die Patientin beschwerdefrei.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine zwanghafte und gleichzeitig zu affektilabilen Reaktionen neigenden Persönlichkeit, bei der sich eine bis in die Gegenwart reichender Familienkonflikt nachweisen ließ. Ferner waren in der Lebensgeschichte der Patientin noch zwanghafte Züge in der Kindheit und in der Pubertät ein Waschzwang eruierbar. Hinweise für eine traktus-spezifische Labilität gaben eine bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Durchfällen, eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Speisen, eine vegetative Labilität und eine Gehörsüberempfindlichkeit. Das biographische Zusammentreffen der erhöhten Sensibilität des vegetativen Nervensystems mit der zwanghaften, zu affektilabilen Reaktionen neigenden Persönlichkeit läßt ebenfalls, wie bei den zuvor genannten Fällen, ein Ausgangsstadium einer sich später entwickelnden Erkrankung erkennen, auf dessen Boden die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit entsteht.

Fall Nr. 7:

Sch.I., 28 Jahre, Stenotypistin, verheiratet

Epikrise

Es handelt sich bei der 28-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann 1957 im 18. Lebensjahr mit krampfartigen Schmerzen im gesamten Unterbauch, farblosen Durchfällen, Fieber und zeigte dann über vier Jahre eine subakute Verlaufsform. 1961 wurde die Patientin wegen Zunahme der Beschwerden in die Frauenklinik eingewiesen. Nach dem dort erhobenen Befund handelte es sich um einen großen Konglomerattumor im Unterbauch, der sich bei der sofort durchgeführten Laparotomie als Verdickung der Adnexen und Verwachsungen des Uterus mit dem Dünndarm herausstellte. Als Folgeerscheinung dieses Eingriffs - die Gynäkologen entfernten dabei das rechte Ovar und lösten die Verwachsungen - war es postoperativ zu einer Blasen-Darmfistel gekommen, die eine Verlegung in die Chirurgische Klinik erforderlich machte. Röntgenologisch fand sich dort neben der Darstellung der Fistel das typische Bild einer Ileitis terminalis. Bei der Mitte Oktober 1961 vorgenommenen Operation wurde eine Fistelexcision und eine Resektion der entzündlich veränderten Dünndarmabschnitte durchgeführt. Pathologisch-histologisch ergab sich die Diagnose einer chronisch vernarbenden Ileitis terminalis mit Fistelbildung. Seit der Operation war die Patientin beschwerdefrei.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine weiche, zwanghafte Persönlichkeit, in deren Biographie sich ein nicht gering zu veranschlagender Berufskonflikt nachweisen läßt. Es kam bei Frau Sch. während der Lehrzeit kurz vor Ausbruch der Krankheit insofern zu einem Konflikt, als es ihr aufgrund der noch unreifen, weichen Charakterstruktur nicht gelang, die ihr gestellten beruflichen Forderungen zu erfüllen und die Spötteleien der älteren Kollegen abzuwehren. Auch mußte sie sich einige Wochen vor Beginn der Erkrankung von ihrem Chef eine strenge Zurechtweisung gefallen lassen. Neben den genannten charakterlichen Auffälligkeiten ließen sich noch ängstliche, unsichere Züge bei der Patientin feststellen.

Eine bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Durchfällen in Abhängigkeit von emotionalen Erlebnissen, eine Unverträglichkeit saurer Speisen, eine vege-

tative Labilität und eine Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber Fisch weisen auf eine traktus-spezifische Labilität hin, die neben dem gleichzeitigen Vorkommen der weichen zwanghaften Persönlichkeit als Ausgangsstadium aufgefasst werden kann, auf dessen Boden in der Folgezeit die Enteritis regionalis als psychosomatische Krankheit entstand.

Fall Nr. 8:

B.M., 46 Jahre, Hausfrau, verheiratet

Epikrise

Es handelt sich bei der 46-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis, die im Februar 1960 im 39. Lebensjahr akut unter dem Bild einer Appendizitis begann. Bei der zwei Tage später (16.2.1960) durchgeführten Operation fand sich neben der unauffälligen Appendix ein kastaniengroßer, nicht verschieblicher Tumor im Coecumbereich, der transcoecal reseziert wurde. Das pathologisch-histologische Gewebsbild ergab den Befund einer beginnenden Ileitis terminalis. Seit dieser Operation war die Patientin beschwerdefrei.

Nach der psychischen Diagnose (Untersuchung am 5.5. 1967) handelt es sich um eine schon von Kind an bestehende ängstliche und leicht zwanghaft/geartete Persönlichkeit, in deren Biographie sich zwar kurz vor Ausbruch der Krankheit eine Schicksalssituation (Schwieger-vater, der mit im Hause wohnt, erleidet Schlaganfall) nachweisen läßt, deren sonstige Lebensentwicklung aber ohne Auffälligkeiten verläuft. Hinweise für eine Labilität des Magen-Darmtraktes ergaben sich bei der Patientin nicht. Es konnte lediglich eine Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber Fisch und eine Geruchsüberempfindlichkeit bei ihr gefunden werden. Diese Erscheinungen dürften allerdings nicht genügen um das Ausgangsstadium einer psychosomatischen Krankheit und damit diese selbst an Hand der Biographie aufzudecken.

Fall Nr. 9:

Sch.C., 20 Jahre, Sekretärin, ledig

Epikrise

Es handelt sich bei der 20-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis, die im Juni 1964 im 17. Lebensjahr nach einem 2-tägigen uncharakteristischen Prodromalstadium (Unwohlsein Brechreiz, Fieber) akut mit starken Schmerzen im rechten Unterbauch begann. Unter der Verdachtsdiagnose einer akuten Appendizitis führte man am 17.6.1964 die Operation durch. Neben der entzündlich veränderten Appendix fanden sich im Ileumbereich typische Veränderungen im Sinne einer Ileitis terminalis. Die Appendix wurde entfernt, die betroffenen Ileumabschnitte beließ man wegen des noch nicht so ausgedehnten Befalls und wegen der Jugend der Patientin. Seit diesem Eingriff war die Patientin beschwerdefrei.

Bei der am 2.5.1967 durchgeführten Nachuntersuchung ließen sich bei der Patientin keine nennenswerten psychischen Aspekte, weder aus der Lebensgeschichte, noch aus dem Familienbild bezüglich der Charakterstruktur ermitteln, die auf das Vorliegen einer psychoreaktiven Störung hinweisen. Ebenfalls war eine bis in die Kindheit zurückreichende Labilität des Magen-Darmtraktes zu vermissen.

Fall Nr. 10:

I.R., 46 Jahre, Autoschlosser, verheiratet.

Epikrise

Es handelt sich bei dem 46-jährigen Patienten um eine Enteritis regionalis, die 1962 im 41. Lebensjahr von Herrn J. akut mit krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch, Durchfällen, Fieber, Appetitlosigkeit und Brechreiz begann. Nach einer sofortigen Einweisung in ein auswärtiges Krankenhaus, in dem eine chronische Colitis festgestellt wurde, und einer dortigen 8-wöchigen erfolglosen Behandlung, zeigte die Krankheit einen intermittierenden Verlauf. Im Oktober 1966 kam es zu einer folgeschweren Komplikation, als der Patient we-

gen Ileusverdacht es erneut eingeliefert wurde. Die Chirurgen konnten den Ileus operativ beseitigen (der stenotische Dünndarmanteil wurde in einer Länge von 30 cm entfernt). Als es nach einem beschwerdefreien Intervall von sechs Monaten wieder zum Auftreten der alten Klagen (Durchfall, Schmerzen im rechten Unterbauch, Fieber, Appetitlosigkeit) gekommen war, erfolgte eine erneute Klinikeinweisung. Aufgrund des klinischen Bildes und insbesondere des röntgenologischen Befundes stellte man im Mai 1967 die Diagnose einer Ileitis terminalis. Da Herr J. während der stationären Aufnahme über keinerlei Beschwerden mehr zu klagen hatte, wurde die Operation auf einen unbestimmten Zeitpunkt verschoben.

Während der bei uns durchgeführten Nachuntersuchung (5.5.1967) stellten wir im psychischen Bereich ausser einer geringgradig ausgeprägten cyclothymen Persönlichkeitsstruktur keine weiteren Besonderheiten fest. Es konnte an Hand der Biographie lediglich eine Unverträglichkeit von Seiten des Magen-Darmtraktes in Form einer seit der Kindheit bestehenden Brechneigung, eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit gegenüber Wirsing und gelben Rüben, eine Gehörüberempfindlichkeit und eine vegetative Labilität nachgewiesen werden.

Fall Nr. 11:

G.A., 23 Jahre, Verkäuferin, ledig

Epikrise

- Es handelt sich bei der am 20.4.1967 nachuntersuchten 23-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis, die 1960 im 16. Lebensjahr mit Schmerzen im rechten Unterbauch, Müdigkeit, Schwäche und Gewichtsverlust begann und dann subakut, intermittierend mit langsamer Progredienz verlief. Nachdem wegen ihrer zunehmenden Beschwerden mehrere Krankenhausaufenthalte erforderlich waren - Ende 1960 wurde die Appendix, 1961 ein Rektumpolyp, 1963 Adhäsionen als Folge der Appendektomie beseitigt - und es Weihnachten 1966 zu einer bedeutenden Verschlechterung ihres Zustandes kam (Erbrechen, starke krampfartige Schmerzen im rechten Unterbauch, erstmalig Durchfälle), wurde die Patientin Ende Dezember 1966 in die I. Medizinische Klinik eingewiesen. Nach 3-wöchiger Durchuntersuchung erfolgte eine Verlegung in die Chirurgische Klinik. Dort fand man bei der erheblich reduzierten Pa-

tientin neben einer deutlichen Abwehrspannung im gesamten unteren Abdomen eine faustgroße, schmerzhafte Resistenz im rechten Unterbauch. An Hand der fraktionierten Dünndarmpassage wurde die Diagnose einer Ileitis terminalis gestellt und die Patientin am 3.1.1967 operiert (Hemikolektomie mit Resektion von 40 cm Ileum). Das pathologisch-histologische Gewebsbild entsprach einer typischen Ileitis terminalis. Seit der Operation war die Patientin beschwerdefrei.

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine ängstliche Persönlichkeit mit geringgradig ausgeprägten zwanghaften Zügen. Neben diesem zwanghaften Verhalten, das schon von Kind an besteht und sich in einer überdurchschnittlichen Neigung für Ordnung und Sauberkeit zeigt, ließen sich noch deutlich überempfindliche Züge in der Biographie nachweisen. Die Lebensentwicklung der Patientin verlief trotz dieser geringfügigen charakterlichen Besonderheiten unauffällig. Hervorzuheben wäre lediglich eine Beeinträchtigung des Magen-Darmkanals, die bis in die Kindheit zurückreicht und in einer Unverträglichkeit gegenüber Hülsenfrüchten, fetten Speisen und Obst besteht. Ebenfalls wurden eine Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber Fisch und eine vegetative Labilität von Kind an mitgeteilt.

Fall Nr. 12:

K.S., 22 Jahre, Student, ledig

Epikrise

Es handelt sich bei dem 22-jährigen Mann um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann 1962 im 17. Lebensjahr von Herrn K. mit Brechreiz, Durchfällen, Leibschmerzen und Fieber, und zeigte dann einen subakuten langsam progredienten Verlauf. Wegen der sich verschlimmernden Beschwerden waren in den folgenden Jahren mehrere Krankenhausaufenthalte erforderlich. 1963 hatte man in der I. Medizinischen Klinik den Verdacht auf eine Mesenterialdrüsentuberkulose, die man mit Neoteben behandelte, 1964 stellte man ebenfalls in der Medizinischen Klinik unter Zuziehung eines chirurgischen Konsiliars eine perforierte Appendizitis mit Peritonitis fest. Bei der anschließend durchgeführten Laparatomie, bei der man die Appendix entfernte, bestätigte sich diese Diagnose. Nach einem postoperativ beschwerdefreien Intervall von einigen Wochen war es im Oktober 1965 wegen Wieder-

auftretens der alten Klagen zu einer erneuten Einweisung in die chirurgische Klinik gekommen, wobei röntgenologisch eine Ileitis terminalis diagnostiziert wurde. Nach der am 21.10.1965 vorgenommenen Resektion des betroffenen Ileumabschnittes fühlte sich der Patient beschwerdefrei.

Als erhöhte Anfälligkeit des Magen-Darmtraktes konnte eine bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Durchfällen gefunden werden. Es bestand ferner eine Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber Fisch und eine vegetative Labilität.

Nach der psychischen Diagnose (Untersuchung am 3.4. 1967) handelte es sich um eine selbstunsichere, zwanghafte Persönlichkeit mit geringgradig ausgeprägten ängstlichen Zügen, in dessen Biographie sich sonst keine Konfliktsituationen und psychoreaktive Störungen nachweisen ließen.

Fall Nr. 13:

F.H., 28 Jahre, Laborantin, geschieden

Epikrise

Es handelt sich bei der 28-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann im September 1965 im 26. Lebensjahr von Frau F. mit krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch und Allgemeinerkrankungen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit und Fieber. Nach einer anschließenden 8-wöchigen Beobachtung in der Medizinischen Klinik und nach Durchführung einer Probelaparatomie in der chirurgischen Klinik, bei der man postoperativ ein Granulom im rechten Unterbauch nach Perforation der Appendix mit lokaler Peritonitis diagnostizierte - es wurde die Appendix und die bestehenden Adhäsionen beseitigt - verlief die Krankheit im wesentlichen symptomlos. Bei einem erneuten Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik wegen einer Fistel im Bereich der Appendektomienarbe wurde im Juni 1966 röntgenologisch eine Ileitis terminalis festgestellt, die vorerst nicht operativ angegangen wurde. Eine Kontrolluntersuchung in drei Monaten, zu der die Patientin nicht erschien, sollte weitere Klarheit bringen. Wegen Zunahme der Beschwerden nahm man im November 1966 die Operation vor (Ileocoecalresektion mit anschließender End- zu-End Anastomose). Seit der Operation fühlte sich die Patientin beschwerdefrei.

Hinweise für eine vermehrte Anfälligkeit des Magen-Darms gaben eine bis in die Kindheit zurückreichende Neigung zu Brechreiz und ein Widerwillen gegenüber Tomaten, gelben Rüben und Milchprodukten. Eine Gehörsüberempfindlichkeit und eine vegetative Labilität bestehen ebenfalls von Kind an.

Nach der psychischen Diagnose (7.4.1967) handelt es sich um eine gering ausgeprägte, zwanghafte Persönlichkeit, deren Biographie ohne Konfliktsituationen und psychoreaktive Störungen verläuft. Ihr zwanghaftes Verhalten ist gekennzeichnet durch eine überdurchschnittlich ausgeprägte Ordnung und Sauberkeit.

Fall Nr. 14:

M.K., 27 Jahre, kaufmännischer Angestellter, ledig

Epikrise

Es handelt sich bei dem 27-jährigen Patienten um eine Enteritis regionalis mit akuter Verlaufsform. Im Juni 1961 begann die Erkrankung mit Schwindelerscheinungen, Brechreiz, Fieber und intensiven krampfartigen Schmerzen im rechten Unterbauch, so daß der Patient am nächsten Tag (17.6.1961) unter der Verdachtsdiagnose einer Appendizitis operiert wurde. Dem Chirurgen fielen neben der unveränderten Appendix bei Revision des Dünndarms im Ileumbereich in einer Länge von 40 cm entzündliche Erscheinungen auf, die dem makroskopischen Bild einer Ileitis terminalis entsprachen und auch pathologisch histologisch bestätigt wurden. Nach diesem Eingriff, bei dem die Appendix abgetragen und die entzündlich veränderten Ileumabschnitte wegen des noch nicht so ausgedehnten Befalls belassen wurden, fühlte sich der Patient bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung beschwerdefrei.

Einen Anhalt für eine erhöhte Anfälligkeit des Magen-Darmkanals fanden wir in einer bis in die Kindheit zurückreichenden Neigung zu Verstopfung und in einer Unverträglichkeit von Gemüse und Obst. Für eine erhöhte Sensibilität des Geruchsorgans sprach eine Überempfindlichkeit dieses Organs gegenüber Fisch.

Nach der psychischen Diagnose handelte es sich um einen Residualzustand nach durchgemachter Psychose. Im 15. Lebensjahr erkrankte der Patient an der paranoiden Form einer Schizophrenie. Seine überwertige Idee bestand in

einer ausgeprägten Abenteuerlust, die ihn in diesem Jahr bis nach Afrika trieb, wo er monatelang ohne ein Pfennig Geld in der Tasche umherirrte, bis er schließlich durch ein deutsches Konsulat in Ägypten wieder in die Bundesrepublik zurückgebracht wurde. Durch eine seit dieser Zeit betriebene psychiatrische Therapie konnte ein neuer Schub der Krankheit bis jetzt verhindert werden.

Fall Nr. 15:

S.H., 39 Jahre, Hausfrau, verheiratet

Epikrise

Es handelt sich bei der 39-jährigen Patientin um eine Enteritis regionalis. Die Krankheit begann im Frühjahr 1967 im 39. Lebensjahr, im Anschluß an eine Grippe, mit krampfartigen Schmerzen im rechten Oberbauch, so daß der Hausarzt zuerst an eine Gallenerkrankung dachte, die aber nach dem Befund einer anschließend durchgeführten Röntgenuntersuchung unwahrscheinlich war. Nach dem es bei der Patientin in den folgenden Wochen noch zu Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz, einer allgemeinen Schwäche und zu einem Gewichtsverlust von 12 Pfund und zu Durchfällen, die im Wechsel mit Verstopfung auftraten, gekommen war, wurde sie in die Medizinische Klinik eingewiesen (5.9.1967). Bei der reduziert wirkenden Patientin, die ausser einem Druckschmerz im gesamten Unterbauch keinen weiteren klinischen Befund bot, fand man bei der fraktionierten Dünndarmpassage das typische Bild einer Ileitis terminalis (string-sign). Zur weiteren Behandlung wurde die Patientin in die Chirurgische Klinik verlegt und dort am 2.10.1967 operiert (Hemikolektomie rechts).

Nach der psychischen Diagnose handelt es sich um eine verschlossene Persönlichkeit mit geringfügigen zwanghaften Zügen bei chronischer Überforderung. An Hand der Biographie konnte nachgewiesen werden, daß die Patientin schon als Kind eher zurückgezogen lebte, Eltern und Geschwister kannten sie als eine empfindliche und leicht verletzbare Person. Ihr zwanghaftes Verhalten zeigte sich in einer von Kind an bestehenden besonderen Neigung zur Ordnung und Sauberkeit. Infolge dieser Charaktereigenschaften kam es bei ihr nach der Heirat im Jahre 1960

zu einer chronischen Überlastung, weil sie alle von aussen an sie heran tretenden Forderungen passiv erduldet und nicht den Versuch machte, sich dagegen zu wehren. So mußte sie neben der Versorgung ihrer 5-köpfigen Familie noch zusätzlich Arbeiten im elterlichen Weinberg und in der Gastwirtschaft, die sie zusammen mit ihrem Ehemann führt, verrichten. - Irgendwelche Störungen von Seiten des Magen-Darms ließen sich bei der Patientin nicht feststellen. Erwähnenswert ist lediglich eine seit dem Beginn ihrer Krankheit bestehende Unverträglichkeit von Obst, Wirsing und fetten Speisen und eine bis in die Kindheit zurückreichende vegetative Labilität.

Fall Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Name	S.G.	N.A.	M.N.	M.F.	S.I.	S.T.	S.I.	B.M.	S.C.	J.R.	G.A.	K.S.	F.H.	A.K.	S.H.
Alter	34	49	34	38	25	55	28	46	20	46	23	22	28	27	39
Geschlecht	m	w	m	w	w	w	w	w	w	m	w	m	w	m	w
Dauer der Erkrankung	5 J.	15 J.	10 J.	7 J.	9 Mon.	2 J.	4 J.	2 Tg.	2 Tg.	5 J.	7 J.	3 J.	1 J.	2 Tg.	6 Mon.
Allgemeine vegetative Labilität	+	+		+	+	+	+			+	+	+	+		+
Traktus-gebundene Labilität	+	+	+	+	+	+	+								
Überempfindlichkeit des Gehörs	+	+	+	+	+	+		+		+			+		
Überempfindlichkeit des Geruchs und Geschmacks				+			+	+			+	+		+	
Gravierende Grundkonflikte	+		+												
Schicksals-situation vor Ausbruch der Symptomatik	+	+	+		+	+	+	+							
Aktueller Konflikt		+			+	+	+								
Zwanghafte Persönlichkeitszüge	+	+	+	+		+	+	+			+	+	+		+

D i s k u s s i o n d e r F ä l l e

1. Vegetative Labilität

Bei den 15 Fällen mit Ileitis terminalis war der überzeugendste Befund unserer Untersuchungen das gehäufte Auftreten einer vegetativen Labilität. Schließt man dieses Syndrom weiter auf, so läßt sich eine allgemeine von einer mehr ein Organsystem bevorzugender vegetativer Übererregbarkeit unterscheiden. Bei der allgemeinen vegetativen Labilität war bei den von uns nachuntersuchten Fällen mit Ileitis terminalis eine vermehrte Schwitzneigung, eine verstärkte Dermographie, kühle und feuchte Extremitäten, schnelles Erröten, gesteigerte Sehnen- und Periostreflexe sowie Kopfschmerzen nachzuweisen. Von den 15 Patienten zeigten 11 diesen Befund. Von diesen spielte sich bei sieben die vegetative Übererregbarkeit vorwiegend am Magen-Darmkanal, das heißt also, traktusgebunden ab. So bestanden bei sechs dieser Patienten schon seit der Kindheit Durchfälle, die bei vier der Nachuntersuchten schon nach geringfügigen seelischen Belastungen sich einstellten. Ein Patient hatte von Kind an über Verstopfung zu klagen. Das gleichzeitige Vorkommen einer allgemeinen und traktusspezifischen Labilität konnten wir bei sechs der sieben Ileitiskranken beobachten.

Als weiterer interessanter Befund fiel uns bei einer Gegenüberstellung der elf Fälle mit vegetativer Labilität und den übrigen vier ohne vegetative Stigmatisierung die unterschiedlich lange Krankheitsdauer auf. Bei der 1. Gruppe betrug die Zeit vom Ausbruch der Symptome bis zur Diagnosestellung zwischen sechs Monaten und 15 Jahren, bei drei der vier Patienten in der 2. Gruppe im Durchschnitt nur 2 - 3 Tage.

Man kann daraus schließen, daß bei den vier Fällen ohne vegetative Labilität (2. Gruppe) die somatische Genese im Vordergrund steht. Bei den übrigen elf Fällen mit vegetativer Labilität weist schon die stärkere Beteiligung des autonomen Nervensystems auf ein andersartiges Geschehen hin, bei dem die Frage einer abnormen seelischen Entwicklung viel eher zu diskutieren sind. Die bei unseren Patienten gefundenen vegetativen Auffälligkeiten in Form einer diffusen und traktusspezifischen Labilität stellen somit den somatischen Anteil einer psychosomatischen Krankheit dar. Von der körperlichen Ebene aus gesehen, heißt das: Eine somatische Krankheit wie hier die Ileitis terminalis ist dann "psychosomatisch", wenn sich neben psychischen Faktoren, wie inneren oder äusseren Konflikten, abnormen seelischen Entwicklungen, abnormen Persönlichkeitszügen, als Vorläufer vegetative Störungen eruieren lassen.

2. Sensorische Eintrittspforten

Wir konnten bei unseren Ileitiskranken eine erhöhte Anfälligkeit zweier sensorischer Eintrittspforten, nämlich des Hör- und Geruchorgans feststellen. Neun der 15 Patienten gaben eine Überempfindlichkeit ihres Gehörs hauptsächlich bei lauter Radiomusik und dem Geräusch von Presslufthammern an. Sechs Patienten klagten über eine Geruchsüberempfindlichkeit gegenüber jeder Art von Fisch.

Geht man diesen Angaben der sechs Ileitiskranken näher nach, so läßt sich neben der Geruchsüberempfindlichkeit gleichzeitig eine Überempfindlichkeit des Geschmacksorgans in Erfahrung bringen. Da beide Sinnessysteme in ihrer Funktion eng miteinander gekoppelt sind, nimmt dies nicht wunder. Die vermehrte Anfälligkeit des Ge-

ruchsorgans kann somit wegen der engen anatomischen und funktionellen Verflechtung mit dem Geschmacks-
sinn zu einer Mitbeteiligung des Geschmackorgans führen und dann auf zentripetalem Weg eine starke Erregung der subcorticalen Strukturen dieser beiden Organsysteme verursachen. Die erhöhte Reizung dieser subcorticalen Zentren läßt schließlich an eine Stimulierung des limbischen Systems denken, wobei von dort aus über efferente Bahnen das gastrointestinale Gebiet mit seinen vegetativen, visceralen Funktionen störend beeinflußt werden kann. Die Hypothese einer erhöhten Sensibilisierung des limbischen Systems bei psychosomatisch Kranken könnte durch diese Beobachtung eine weitere Bestätigung erhalten. Man kann die Überempfindlichkeit der betroffenen Sinnesorgane folglich nicht nur aus psychologischer Sicht, sondern auch aus somatischer Sicht verstehen. Es besteht demnach bei mehreren unserer Ileitiskranken nicht nur eine vermehrte allgemeine Nervosität, wie man sie bei einigen labilen Menschen häufig findet, sondern eine erhöhte Empfindlichkeit der mit den Geschmacksempfindungen zusammenhängenden Sinnesorgane. Sie ist somit offenbar eine wichtige Voraussetzung für ein psychosomatisches Geschehen, das dann schließlich zur Ileitis terminalis wird. Bei dieser Häufigkeit der Befunde taucht sogar die Frage auf, ob nicht die Überempfindlichkeit der Geschmacksempfindungen den somatischen Anfang einer Störung darstellt, die dann über den Weg einer limbischen Stimulierung zu den körperlichen Veränderungen der Darmerkrankung führt. Vergleicht man die Überempfindlichkeit dieser Sinnesorgane - Geruchs- und Geschmacks-
sinn - der Ileitispatienten mit der anderer psychosomatisch Kranker, so fällt eine Ähnlichkeit mit Asthma bronchiale Patienten auf. Diese zeigen auch oft er-

staunlich häufig eine Überempfindlichkeit des Geruchorgans und zwar für sich allein und vor allem - wie JORES meint- Schmutzstoffen gegenüber. Bei JORES und seinen Mitarbeitern erfolgt aber ausschließlich eine psychologische Interpretation dieser Befunde.

Bei unseren Ileitiskranken fiel uns weiterhin eine Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln auf. Sechs der 15 Patienten gaben eine Unverträglichkeit gegenüber Gemüse (besonders zu gelben Rüben und Wirsing) an, fünf vertrugen saure Speisen jeglicher Art nicht. Auch eine Unverträglichkeit von frischem Obst, wie schon von SELL beschrieben konnten wir in drei Fällen beobachten.

Diese kritische Einstellung zu bestimmten Nahrungsmitteln verbunden mit der Überempfindlichkeit eines Sinnesorgans ist somit ein weiteres typisches Merkmal für einen Großteil der Ileitispatienten, bei denen psychosomatische Aspekte zu diskutieren sind.

In der Literatur wird gelegentlich die Frage einer Allergie ventiliert. So sah VAN PATTTER eine Milchallergie bei seinen Ileitiskranken. Bei unseren Patienten mit einer Nahrungsmittelüberempfindlichkeit könnte man eine solches allergisches Geschehen ebenfalls in Betracht ziehen, das allerdings noch genau zu prüfen wäre. Es wäre dabei auch die Frage zu stellen, inwieweit bei diesen Kranken nicht gleichzeitig eine Geschmacksüberempfindlichkeit dieser Nahrungsstoffe besteht. Doch konnten wir bei unseren Patienten einen solchen Zusammenhang inkeinem Fall finden.

3. Biographische Aspekte

In der pathogenetischen Betrachtungsweise psychosomatisch Kranker bildet die Erlebnissphäre einen wichtigen Ausgangspunkt. Schicksalssituationen und aktuelle Konflikte werden von dem psychosomatisch Kranken stärker erlebt und können somit ein Übergewicht gewinnen. Nur bei zwei der 15 Patienten konnten in der Lebensgeschichte seit der Kindheit bestehende, gravierende Grundkonflikte ermittelt werden, die in beiden Fällen (Nr. 1 und Nr. 3) den Ausgang in einer gestörten Vater-Sohnbeziehung hatten. Sie waren für die weitere Lebensentwicklung der Betroffenen von großer Bedeutung.

Diese Feststellung sagt statistisch gesehen, unter anderem wegen der niedrigen Zahl, nichts aus. Aber auch ohne Gegenüberstellung mit einer Vergleichsgruppe läßt sich wohl sagen, daß Grundkonflikte wohl auch bei einem Siebentel der Bevölkerung vorkommen dürften, so daß hier eine Häufung bei unseren Patienten nicht anzunehmen ist.

Dagegen trat bei sieben von 15 Patienten, also bei etwa der Hälfte, die erste Symptomatik in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer belastenden Situation ("Schicksalssituation") auf. Fall Nr. 1 war von seinem Vater enttäuscht, Fall Nr. 2 war plötzlich finanziell verschuldet, Fall Nr. 3 verlor seine Mutter durch eine schwere Krankheit, Fall Nr. 5 versäumte die Aufsichtspflicht als Schwesternschülerin, Fall Nr. 6 erlebte die Scheidung der Tochter unmittelbar mit, Fall Nr. 7 wurde wegen eines beruflichen Vergehens von dem Chef streng zurechtgewiesen und bei Fall Nr. 8 erkrankte der mit im

Haus wohnende Schwiegervater an einem Schlaganfall.

Hier interessiert die Frage, wie diese sieben Patienten in Bezug auf das Vorkommen einer vegetativen Labilität sich verhalten: Bei sechs von ihnen war eine allgemeine oder an den Magen-Darmtrakt gekoppelte, traktusspezifische, vegetative Labilität zu finden. Das heißt, praktisch alle Ileitispatienten mit einer Schicksalssituation zur Zeit der ersten Symptommmanifestation hatten gleichzeitig eine vegetative Labilität. Hieraus wird die Wechselbeziehung zwischen psychischer und vegetativer Labilität sichtbar. Psychische Belastung drückt sich bei diesen Menschen am vegetativen Nervensystem aus. Umgekehrt sind vegetativ Labile erhöht gefährdet, da sich bei psychischer Belastung aus einer vegetativen Überempfindlichkeit eine psychosomatische Krankheit entwickelt.

Bei vier dieser sieben Patienten (Fall Nr. 2, 5, 6, 7), bei denen eine Schicksalssituation vor Beginn der Symptomatik festzustellen war, ließ sich ein mit der Problematik zusammenhängender und bis in die Gegenwart reichender Konflikt im Sinne eines "aktuellen Konfliktes" nachweisen. Somit ist man gerade bei diesen vier Patienten berechtigt, die Ileitis terminalis als psychosomatische Krankheit aufzufassen.

Bei diesen vier Fällen lassen sich ferner die einzelnen Stadien einer abnormen seelischen Entwicklung nachweisen, wie schon Seite 21 beschrieben, bestehend aus Ausgangsstadium, Vorstadium und symptommanifestem Stadium.

Man kommt somit aufgrund der untersuchten Fälle auch ohne Kontrollgruppe, die in einer späteren Arbeit aus-

gewertet werden soll, zu dem Ergebnis, daß Ileitis-
kranke mit einer psychoreaktiven Entwicklung eher eine
vegetative Labilität zeigen als solche ohne abnorme
seelische Reaktion. Dadurch ist eine Diskussion über
die psychische Komponente bei Beginn oder Verschlim-
merung der Erkrankung möglich. Psychosomatische Krank-
heiten, zumindest des Magen-Darmtraktes sind durch
Irritierbarkeit des vegetativen Nervensystems gekann-
zeichnet, die sich als vegetative Labilität zeigen.
Psychische Belastungen, gar ein äusserer oder innerer
Konflikt, können somit besonders am vegetativen Ner-
vensystem sichtbar werden.

a) Am weitesten zurück in der Lebensgeschichte läßt
sich eine allgemeine oder traktusspezifische vegeta-
tive Labilität verfolgen. Sie stellt somit die Basis
dar.

b) In engem zeitlichen Zusammenhang mit einer seeli-
schen Belastung - Schicksalssituation -, für die der
Patient besonders vulnerabel ist, kommt es dann zum Aus-
bruch der Symptomatik.

c) Durch Fortbestehen der seelischen Belastung, aus der
keine adäquate Lösung gefunden wird, entwickelt sich
eine emotionelle Dauerspannung, die sich als aktueller
Konflikt für den Patienten ungünstig auswirkt und die
bereits entstandene Erkrankung ungünstig beeinflusst,
so daß sie sich laufend verschlimmert.

Die hier so ausführlich geschilderten vier Patienten
mit Ileitis terminalis repräsentieren somit die typi-
sche Form einer psychosomatischen Krankheit. Bei ihnen
ist man berechtigt, die im Ileum aufgetretenen granu-
lomatosen Veränderungen mit seelischen, das heißt erle-
bnisbedingten Faktoren in Zusammenhang zu bringen. Be-
ziehungsweise umgekehrt ausgedrückt: Bei vier Patienten

von den nachuntersuchten 15 Kranken mit Ileitis terminalis wird man bei einem multifaktoriellen pathogenetischem Ansatz den seelischen Faktoren eine große, wenn nicht sogar die entscheidende Bedeutung beimessen. Dasselbe gilt von den zwei weiteren Patienten (Fall Nr. 1 und 3). Bei ihnen wirkt sich die erhebliche seelisch belastende Situation (Schicksalssituation), auch ohne das Weiterbestehen einer Konfliktsituation, als ein Stress in dem labilen vegetativen System so aus, daß die lokale Darmerkrankung manifest wurde.

Auch ohne statistisch gesicherten Vergleich, der in einer späteren Arbeit erbracht werden soll, kann bei diesen sechs Fällen, bei denen gleichzeitig eine schwere seelische Belastung und bei vier von ihnen noch zusätzlich ein aktuelles Konfliktgeschehen bestand, die Frage, ob es sich hier um eine psychosomatische Krankheit handelt, positiv beantworten. Negativ zu beantworten ist allerdings die Annahme, daß bestimmt geardete Erlebnisse bei der Ileitis terminalis eine Rolle spielen. Eine derartige "Erlebnisspezifität" wird heute von den meisten Autoren abgelehnt.

4. Persönlichkeitsspezifität

Die 15 Ileitiskranken zeigen eine deutliche Häufung von Menschen mit zwanghaften Zügen. Bei elf der 15 Patienten beobachteten wir derartige anankastische Persönlichkeitsmerkmale in verschieden starker Ausprägung in Form übermässiger Gewissenhaftigkeit, Sauberkeit, Pünktlichkeit, Skrupelosität. Bei fünf Fällen waren diese Merkmale nur andeutungsweise vorhanden. Bei vier Fällen waren sie stärker ausgeprägt, so daß die Grundpersönlichkeit durch das zwanghafte Verhalten weitgehend

charakterisiert wurde. Bei zwei Patienten besaßen diese Zwangsphänomene sogar einen Krankheitswert, denn es kam bei diesen während eines labilen Stadiums der Lebensentwicklung zur Ausbildung eines Waschzwanges.

Die zwanghaften Züge waren oft mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen kombiniert. So konnten wir bei neun der Nachuntersuchten eine deutliche Überempfindlichkeit und eine Neigung zu autistischem Verhalten feststellen. Diese Patienten hatten die Tendenz Ärger und Kummer nicht nach aussen zu zeigen, sondern in sich zu verschließen. Bei sechs Patienten bestand eine emotionelle Labilität. Fünf Ileitiskranke hatten gelegentlich unter depressiver Verstimmung zu leiden. Diese Beobachtung fiel schon SPIEGELBERG bei Colitis ulcerosa-Patienten auf. Bei fünf Kranken waren neben den zwanghaften Zügen noch ausgeprägte ängstliche und gleichzeitig unsichere Charakterzüge vorhanden. Bemerkenswerterweise fehlten bei unseren Patienten hysterische Charaktermerkmale.

Von diesen elf zwanghaften Patienten zeigten neun die Symptome einer vegetativen Labilität. Sie fehlte nur bei zwei Patienten. Das scheint uns auch ohne statistische Auswertung und ohne Kontrollgruppe ein recht eindeutiger Befund zu sein.

Will man die Ileitis terminalis als psychosomatische Krankheit diskutieren, so muß auf der somatischen Seite eine vegetative Labilität nach Möglichkeit sogar traktusgebunden vorliegen. Auf der psychischen, charakterologischen Seite dagegen zeigt das häufige Vorkommen zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale (elf von fünfzehn Patienten) wie sehr dieser Persönlichkeitstypus eine wichtige Voraussetzung darzustellen scheint. Treffen schließlich beide Merkmale bei einem Patienten mit einer derartigen Darmerkrankung zusammen, so muß

psychosomatisches Geschehen ernstlich in Erwägung gezogen werden. Diese zwanghaften Menschen halten starrer an dem fest, was für sie von Bedeutung und Wichtigkeit ist. So erweisen sie sich, wie auch andere psychosomatisch Kranke, eingeengt in ihrer persönlichen Freiheit.

Wegen all dieser Faktoren wirken sich seelische Belastungen stärker aus, werden schlechter verarbeitet und strahlen bei gleichzeitiger traktusgebundener Labilität in das befallene Organsystem aus. Dies hat bei unseren Nachuntersuchten dann zu den granulomatösen Veränderungen am Ileum geführt.

Vergleicht man diese Befunde mit denen anderer als psychosomatisch angesehenen Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, so ist zuerst das Ulcus ventriculi und duodeni zu nennen. Der "Ulcusmensch" ist nach GLATZEL unter anderem charakterisiert durch eine introvertierte Verhaltensweise, er neigt zum "Herunterschlucken" von Sorgen und Problemen. Die Persönlichkeit dieser Kranken ist weiterhin gekennzeichnet durch eine Empfindlichkeit, Scheu und Verletzbarkeit. Das sind Merkmale wie sie auch bei unseren Patienten ausgeprägt sind. Ähnlichkeiten lassen sich ebenfalls bei Menschen mit einer Colitis ulcerosa nachweisen. Verglichen mit den von uns untersuchten Patienten mit Ileitis terminalis stellen Colitis ulcerosa-Kranke bezüglich ihrer Charakterstruktur eine im ganzen gesehene aber doch einheitlichere Gruppe dar, wogegen die Ileitiskranken eine gewisse Streuung ihrer Charaktermerkmale erkennen lassen. Auch erschien uns der Ileitiskranke nicht so suggestibel wie der Colitiker. Einschränkend muß hierzu aber bemerkt werden, daß wir Colitiskranke nur während einer Erkrankung beobachtet und behandelt haben, nicht aber

im Zuge einer Nachuntersuchung, bei der das Krankheitsbild ja schon abgeschlossen war.

5. Beziehung zur Spondylarthrititis ankylopoetika

ALMY und SHERLOCK wiesen in ihren Arbeiten auf eine Verbindung zwischen Enteritis regionalis und Spondylarthrititis ankylopoetika hin. Der klinische Beginn der einen Krankheit folge der anderen nach ungefähr 12 Jahren.

Wir konnten bei unseren neun röntgenologisch durchuntersuchten Patienten (sechs waren mit einer Röntgenuntersuchung nicht einverstanden) nur einen mit einer beginnenden Spondylarthrititis ankylopoetika herausfinden.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Nach einer einleitenden Literaturdarstellung über das Krankheitsbild der Enteritis regionalis, wobei besonders die Ätiologie, die Pathologie, die Pathogenese, die Klinik und Diagnostik und die Therapie Beachtung fand, wurde die Stellung und Problematik der Psychosomatik in der heutigen Medizin erörtert. An Hand einer breiten und ausführlichen Kasuistik von 15 Fällen mit Enteritis regionalis, bei denen das Hauptaugenmerk auf eine exakte biographisch orientierte Exploration und auf die Beantwortung eines Fragebogens gerichtet wurde, konnten wir zwei Gruppen von Patienten unterscheiden, die in einer späteren Arbeit auf ihre statistische Aussagekraft hin geprüft werden sollen. Bei 11 der 15 Patienten (1. Gruppe) zeigten sich die Symptome der allgemeinen vegetativen Labilität. Bei 6 dieser 11 Ileitis-kranken (und einem der übrigen vier Patienten) waren die Merkmale der traktusgebundenen Labilität vorhanden. Vier Patienten (2. Gruppe) waren frei von vegetativer Stigmatisierung. Die Zeit vom Ausbruch der Symptome bis zur Diagnosestellung betrug bei den Patienten der 1. Gruppe zwischen 6 Monaten und 15 Jahren, jedoch bei denen der 2. Gruppe im Durchschnitt nur 2 - 3 Tage.

Als weiterer Befund fiel bei den Patienten eine in der Vorgeschichte und unter Umständen bis in die Kindheit zurückreichende erhöhte Anfälligkeit der sensorischen Eintrittspforten auf. Neun Patienten klagten über eine Überempfindlichkeit ihres Gehörs. Sechs Patienten gaben eine Geruchs- und Geschmacksüberempfindlichkeit gegenüber Fisch an. Ferner bestand bei den nachuntersuchten Ileitis-kranken eine Nahrungsmittelunverträglichkeit. So vertrugen sechs Patienten kein Gemüse, fünf keine sauren Speisen und drei kein frisches Obst.

Gravierende Grundkonflikte konnten nur in zwei Fällen beobachtet werden. Bei sieben der 15 Patienten traten dagegen die ersten Symptome in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer belastenden Situation ("Schicksalssituation") auf. Bei vier dieser Patienten mit einer nachgewiesenen Schicksalssituation vor Ausbruch der Symptomatik ließen sich ein bis in die Gegenwart reichender Konflikt im Sinne eines "aktuellen Konfliktes" und ferner die einzelnen Stadien einer abnormen seelischen Entwicklung nachweisen. Diese vier Patienten stellen somit die ganz ausgeprägte Form einer psychosomatischen Krankheit dar. Bei zwei weiteren Patienten entwickelte sich auch ohne Fortbestehen einer Konfliktsituation in engem zeitlichen Zusammenhang mit gravierenden seelischen Faktoren (Schicksalssituation) die lokale Darmerkrankung. Alle sechs Patienten zeigten neben den psychischen Auffälligkeiten eine allgemeine oder traktusgebundene vegetative Labilität.

Von der Charakterstruktur aus fiel eine deutliche Häufung von Menschen mit zwanghaften Zügen auf. So zeigten elf der 15 Patienten anankastische Persönlichkeitsmerkmale in verschieden starker Ausprägung. In fünf Fällen waren diese anankastischen Züge nur andeutungsweise vorhanden. Bei vier Patienten war die Grundpersönlichkeit durch das zwanghafte Verhalten weitgehend charakterisiert. Bei zwei Patienten besaßen die Zwangsphänomene vorübergehend einen Krankheitswert, denn es kam bei ihnen während eines labilen Stadiums ihres Lebens zur Ausbildung eines Wahnzwanges. Auffälligerweise fehlten bei den nachuntersuchten Ileitis-kranken hysterische Charaktermerkmale.

Somit konnte bei sechs der 15 Patienten ein eindeutiges psychosomatisches Geschehen nachgewiesen werden. Vier Patienten zeigten dagegen nach Vorgeschichte und Untersu-

chung der Erkrankung, daß hier psychosomatische Aspekte kaum zu ventilieren sind, wenn man den Begriff psychosomatisch eng fasst. Bei fünf Patienten sind psychologische Faktoren zwar vorhanden, aber nicht so deutlich, daß man sie als psychosomatisch Kranke auffassen kann.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete.
Berlin 1951
2. ALMY, T.P. and P. SHERLOCK:
Genetic aspects of ulcerative colitis and regional enteritis.
Gastroenterology 51, 757 - 763 (1966)
3. ARMITAGE, G. and M. WILSON:
Crohn's disease, survey of literature and report on 34 cases.
Brit.J.Surg. 38, 182 - 193 (1950)
4. BARGEN, A.J.: Nonsurgical management of regional enteritis.
J.Am.med.Ass. 165, 2045 - 2047 (1957)
5. BINDER, H.: Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen.
in: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 2, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963, S. 180 - 201
6. BLACKBURN, G., G. HADFIELD and A.H. HUNT:
Regional ileitis.
St.Barth Hosp.Rep. 72, 181 - 224 (1939)
7. BLEULER, M.: Probleme der Psychosomatik klinischer Geltungsbereich.
Schweiz.med.Wschr. 90, 170 - 173 (1960)
8. BOCKUS, H.L.: Present status of chronic regional or cicatrizing enteritis.
J.Am.Med.Ass. 127, 449 - 456 (1945)
9. BOCKUS, H.L. and W.E. LEE:
Regional (terminal) ileitis.
Ann.Surg. 102, 412 - 421 (1935)
10. BRAUN, H.: Über entzündliche Geschwülste am Darm.
Dtsch.Z.Chir. 100, 1 - 12 (1909)
11. BROWN, P.W., J.A. BARGEN and H.M. WEBER:
Chronic inflammatory lesions of the small intestine (reginal enteritis).
Amer.J.Digest.Dis. 1, 426 - 431 (1934)

12. CAVE, H.W.: Inflammatory lesions of the small intestine (surgical aspects).
J.Am.Med.Ass. 127, 456 - 458 (1945)
13. CHESS, S., D. CHESS, G. OLANDER, W. BENNER and W.H. COLE: Production of chronic enteritis and other systemic lesions by ingestion of finely divided foreign materials.
Surgery 27, 221 - 234 (1950)
14. COMBE, C. and W. SAUNDERS:
A singular case of stricture and thickening of the ileum.
Med.Trans.roy.Coll.Phys.Lond. 4, 16 - 21 (1813)
15. CROCKET, R.W.: Psychiatric findings in Crohn's disease.
Lancet London, 262, 946 - 949 (1952)
16. CROHN, B.B., L. GINZBURG and G.D. OPPENHEIMER: Regional ileitis: a clinical and pathological entity.
J.A.Med.Ass. 99, 1323 - 1328 (1932)
17. CROHN, B.B.: Broadening conception of regional ileitis.
Am.J.Digest.Dis.Nutrition 1, 97 - 99 (1934)
18. CROHN, B.B.: Regional ileitis.
New York 1949 pp. 19 - 20
19. CROHN, B.B. and H.D. JANOWITZ:
Reflections on regional ileitis, twenty years later.
J.Am.med.Ass. 156, 1221 - 1225 (1954)
20. CROHN, B.B.: Indications for surgical intervention in regional ileitis.
Arch.Surg. 74, 305 - 311 (1957)
21. CROHN, B.B.: Life cycle of regional ileitis.
Gastroenterology 34, 300 - 305 (1958)
22. DALZIEL, T.K.: Chronic interstitial enteritis.
Brit.med.J. 2, 1068 - 1070 (1913)
23. DAVIS, D.R., M.B. DOCKERTY and C.W. MAYO:
Myenteric plexus in regional enteritis, study of the number of ganglion cells in ileum in 24 cases.
Surg.Cynec.Obstet. 101, 208 - 216 (1955)

24. DEELMANN, H.T.: Intestinal resection in terminal ileitis.
Ned.tschr.geneesk. 79, 2042 - 2054 (1935)
25. DETRIE, P.: Les formes aiguës de l'entérite régionale, diagnostic et traitement.
J.Chir.Par. 75, 156 - 174 (1958)
26. DUNBAR, F.: Emotions and bodily changes.
3. Aufl. New York 1947
27. ERB, L.H. and A.W. FARMER:
Ileo-Colitis.
Surg.Gynec.Obstet. 61, 6 - 14 (1935)
28. EVANS, J.G. and E.D. ACHESON:
Some epidemiological features of ulcerative colitis and regional enteritis.
Gastroenterology 51, 748 - 756 (1966)
29. FELSEN, J.: Appendicular form of bacillary dysentery, with notes on mesenteric adenitis and inflammation of distal portion of ileum.
Am.J.Dis.Child. 50, 661 - 672 (1935)
30. FISCHER, A.: Über Phlegmone der Darmwand.
Zbl.Chir. 58, 1243 - 1247 (1931)
31. FISCHER, A.W. und LÜRMANN:
Über eine tumorbildende und ulceröse stenosierende und perforierende Entzündung des unteren Ileums.
Arch.klin.Chir. 177, 638 - 650 (1933)
32. FRASER, I. and H. HAGGAR:
Crohn's disease.
J.Roy.Army M.Corps 84, 9 - 13 (1945)
33. GLATZEL H.: Der psychosomatische Aspekt der Darmkrankheiten.
Therapiewoche 6, 358 - 362 (1951)
34. GLOTZER, D.J., P.A. STONE and J.F. PATTERSON:
Prognosis after surgical treatment of granulomatous colitis.
New.Engl.J.Med. 277, 273 - 276 (1967)
35. GRACE, W.J.: Life stress and regional enteritis.
Gastroenterology 23, 542 - 553 (1953)

36. GROSS, P.H.: Enteritis regionalis.
Langenbecks Arch.klin.Chir. 303,
547 - 573 (1963)
37. HADFIELD, G.: The primary histological lesion of
regional ileitis.
Lancet London 237, 773 - 775 (1939)
38. HALLIGAN, E.J. and H.J. HALLIGAN:
Acute free perforation as first sign
of regional enteritis.
Am.J.Surg. 37, 493 - 497 (1937)
39. HARRIS, F.I., G.H. BELL and H.BRUNN:
Chronic cicatrizing enteritis.
Surg.Gynec.Obstet. 57, 637 - 645
(1933)
40. HENNING, N. und L. BEMLING:
Die Ileitis regionalis (Crohn's di-
sease).
Ergeb.n.inn.Med.Kinderheilk. 10, 1 - 51
(1958)
41. JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie.
Göttingen-Heidelberg 1959
42. JORES, A.: Vom Sinn der Krankheit.
Med.Welt 20, 6- 11 (1951)
43. JORES, A. und M. KEREKJARTO:
Der Asthmatiker.
Stuttgart-Bern 1967
44. KANTOR, J.L.: Regional ileitis, its roentgen diagno-
sis.
J.Am.med.Ass. 103, 2016 - 2019 (1934)
45. KINZLER, M.: Zur Differentialdiagnostik der Ileitis
terminalis.
Zbl.Chir. 76, 1322 - 1326 (1951)
46. KRAUSPE, C.: Pathologische Anatomie der Ileitis re-
gionalis.
Gastroenterologia 95, 220 - 257 (1961)
47. KÜMMERLE, F.: Die chirurgischen Erkrankungen des
Dünndarms.
Stuttgart 1963
48. LÄWEN, A.: Über Appendizitis fibroplastica.
Dtsch.Z.Chir. 287, 57 - 65 (1957)

49. LANGEN, D.: Methodische Besonderheiten der Psychotherapie psychosomatischer Krankheiten.
Zschr.Therapie 2, 257 - 264 (1965)
50. LICHTMANN, A.L., J.R. McDONALD, C.F. DIXON and F.C. MANN: Tale granuloma.
Surg.Gynec.Obstet. 83, 531 - 546 (1946)
51. LOPEZ-IBOR, J.J.: Psychosomatische Forschung.
in: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 1/2,
Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963,
S. 77 - 133
52. MALLER, R.: Acute regional ileitis: a report of two cases with bacteriological findings.
Brit.J.Surg. 25, 517 - 523 (1938)
53. MAURER, H., R.W. HUGHES, J.H. FOLLEY and W.T. MOSEN-THAL: Granulomatous hepatitis associated with regional enteritis.
Gastroenterology 53, 301 - 305 (1967)
54. MIXTER, H.G.: Regional ileitis.
Ann.Surg. 102, 674 - 694 (1935)
55. MONK, M., A.I. MENDELOFF, C.I. SIEGEL and A. LILIEN-FELD: An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore.
Hospital incidence and prevalence 1960 - 1963.
Gastroenterology 53, 198 - 210 (1967)
56. NEUMANN, A.: Wiederholter Ileus wegen eigenartiger Dünndarmaffektion.
Dtsch.Z.f.Chir. 126, 185 - 192 (1913)
57. ORF, G.: Das vegetative Nervensystem bei Kolitis ulzerosa.
Dtsch.Z.Nervenheilk. 187, 837 - 860 (1945)
58. OSWALD, W.: Zur Pathologie und Klinik der regionalen Ileitis.
Bruns'Beitr.klin.Chir. 176, 52 - 63 (1947)
59. PAULLEY, J.W.: Ulcerative colitis, study of 173 cases.
Gastroenterology 16, 566 - 576 (1950)
60. PETERS, K.O.: Drei weitere Fälle von Darmphlegmone im Ileum.
Zbl.Chir. 61, 1208 - 1216 (1934)

61. POLLOCK, A.V.: Crohn's disease.
Brit.J.Surg. 46, 193 - 206 (1958)
62. POWERS, J.H.: Unusual inflammatory lesions of the ileocecal region.
Ann.Surg. 103, 279 - 289 (1936)
63. REICHERT, F.L. and M.I. MATHES:
Experimental lymphedema of the intestinal tract and its relation to regional cicatrizing enteritis.
Ann.Surg. 104, 601 - 614 (1936)
64. ROBERTS, S.E., W.J. MARTIN and O.H. BEAHRs:
Regional enteritis involving duodenum, report of case.
Proc.Mayo-Clin. 29, 424 - 427 (1954)
65. RODANICHE, E.C., J.B. KIRSNER and W.L. PALMER:
Relationship between lymphogranuloma venereum and regional enteritis, etiology study of 4 cases with negative result.
Gastroenterology 1, 687 - 689 (1943)
66. ROWE, A.jr. and K. UYEHAMA:
Regional ileitis, its allergic aspects.
Gastroenterology 23, 554 - 571 (1953)
67. SCHNEIDER, K.: Kritik der klinisch-typologischen Psychopathenbetrachtung.
Nervenarzt 19, 6 - 9 (1948)
68. SCHULTZ-HENCKE, H.:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Stuttgart 1951
69. SELL, G.: Erfahrungen mit der Enteritis regionalis.
Langenbecks Arch.Klin.Chir. 311, 221 - 251 (1965)
70. SPIEGELBERG, U.:
Colitis ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht.
Stuttgart 1965
71. STAFFORD, E.S.: Regional ileitis and ulcerative colitis.
Johns Hopk.Hosp.Bull. 62, 399 - 407 (1938)

72. STOKVIS, B.: Psychosomatik.
in: Handbuch der Neurosenlehre und Psycho-
therapie, Bd. 3, Berlin-München 1959
S. 435 - 497
73. TALLROTH, A.: Regional enteritis with special re-
ference to its etiology and pathoge-
nesis.
Acta chir.scand. 88, 407 - 432 (1943)
74. VAN PATTTER, W.N., J.A. BARGEN, M.B. DOCKERTY, W.H.
FELDMANN, C.W. MAYO and J.M. WAUGH:
Regional enteritis.
Gastroenterology 26, 347 - 450 (1954)
75. WARREN, S. and S.C. SOMMERS:
Pathology of regional enteritis and
ulcerative colitis.
J.Amer.med.Ass. 154, 189 - 193 (1954)
76. WEITBRECHT, H.J.:
Kritik der Psychosomatik.
Stuttgart 1955
77. WEIZSÄCKER, V.v.:
Studien zur Pathogenese.
2. Aufl. Wiesbaden 1946
78. WILMANN, R.: Ein Fall von Darmstenose infolge chro-
nisch entzündlicher Verdickung der
Ileocecalclappe.
Beitr.z.klin.Chir. 46, 221 - 232 (1905)
79. WITTKOWER, E.D.:
Über Psychosomatik. Nach persönl.Mit-
teilungen an STOKVIS, Brief 1937, nach
dem Handbuch der Neurosenlehre und Psy-
chotherapie S. 437

Herrn Prof. Dr. D. Langen danke ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine ständige Hilfe und Unterstützung bei ihrer Durchführung.

Ebenso gilt mein Dank Herrn Privatdozent Dr. M. Nagel von der Chirurgischen Universitätsklinik für die Überlassung der Patienten, sowie für die fachliche Beratung.

Lebenslauf

Geboren wurde ich als zweitältester Sohn des Apothekers Karl Rudolf Jost und seiner Ehefrau Annemarie, geborene Blechner, am 13.1.1941 in Lorsch in Hessen. Nach 4-jährigem Besuch der Volksschule in Lorsch (1947 - 1951) wurde ich 1952 Schüler des Humanistischen Gymnasiums in Bensheim an der Bergstraße, an dem ich nach neun Jahren am 3.3.1961 die Reifeprüfung bestand. Mein Medizinstudium begann ich im Sommersemester 1961 an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Dort legte ich am 30.4.1962 meine naturwissenschaftliche und am 24.10.1963 meine ärztliche Vorprüfung ab. Das Sommersemester 1964 und das Wintersemester 1964/65 verbrachte ich an der Universität in Innsbruck in Österreich. Am 13.1.1967 bestand ich die ärztliche Prüfung an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz.

Von März 1967 bis August 1967 war ich als Medizinalassistent an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz tätig. Zur Zeit bin ich Medizinalassistent in der I. Medizinischen Universitätsklinik.

